



Marca da  
Bollo

€14,62

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI PISA**

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa .....

Nato/a a..... Prov..... il.....

Residente in Via/P.zza..... Comune.....

Prov.....

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri con numero d'Ordine.....

**CHIEDE**

**La cancellazione dall' Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di codesto Ordine, ai sensi  
dell'art.11, lett. D) DLCPS233/46.**

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n.127 e successive modifiche e integrazioni, il/La sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

- Si allega la fotocopia di un documento di identità.

Firma

Pisa, .....

**Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere. (art. 75 d.p.r. 28.12.2000)**