

**AL SIG. PRESIDENTE
DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGH
DELLA PROVINCIA DI MASSA CARRARA**

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa

nato/a a provincia il

residente in via/piazza n. civico

Comune Provincia

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi Odontoiatri

con numero d'Ordine (albo Medici) (albo Odontoiatri)

CHIEDE

La cancellazione dall'albo dei Medici Chirurghi Odontoiatri

Di codesto Ordine ai sensi dell'art. 11, lett. D, DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modificazioni 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 legge 4/01/1968, n. 15) DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

L'informativa sulla privacy è disponibile al link

http://www.ordinedeimedici.org/public/informativa_privacy.pdf

LUOGO E DATA

FIRMA

ALLEGARE LA FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Avvertenza: il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 28/12/2000)