

*Marca da bollo
16,00€*

**Domanda di cancellazione
dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como**

Albo Odontoiatri

La sottoscritta

Il sottoscritto

Cognome

Nome

iscritto all'**Albo degli Odontoiatri** dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

al n°

dal

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

A far data dalla prima riunione di Consiglio Direttivo utile

A far data dall'ultima riunione di Consiglio Direttivo utile del corrente anno (in tal caso è obbligatorio presentare l'istanza entro la fine di novembre)

per il seguente motivo:

Rinuncia all'iscrizione

Cessato esercizio dell'attività professionale

Trasferimento all'estero

Altro motivo (specificare)

ai sensi degli artt. 46 e 47 e 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445,

DICHIARA

di non aver procedimenti penali e disciplinari in corso

di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine

di essere in regola con i pagamenti delle quote previdenziali all'ENPAM

Data

Firma _____