

DOMANDA CANCELLAZIONE PER RINUNCIA
ALBO MEDICI CHIRURGHI OPPURE ALBO ODONTOIATRI

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
 E DEGLI ODONTOIATRI
 DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA**

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo

n. posizione

oppure

Odontoiatra

n. posizione

ai sensi dell'art. 11, lett. d), del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n.233

CHIEDO LA CANCELLAZIONE

dall 'Albo dei Medici Chirurghi

oppure

dall 'Albo degli Odontoiatri

con decorrenza dalla data di decisione del Consiglio Direttivo

oppure dal

 / /

per rinuncia all'iscrizione

per trasferimento all'estero della residenza

data

 / /

firma

Attenzione : la presente richiesta può essere inoltrata per posta allegando alla stessa la fotocopia di un valido documento di riconoscimento.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA

Il/La sottoscritto/a

incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 - DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dottore/la Dottoressa

cognome

nome

identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

data

 / /

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza