
marca
€ 16,00

**Al Sig. Presidente dell'Ordine dei
Medici C e O della Provincia di
CHIETI**

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ (____) il _____

chiede

la cancellazione dall'**Albo dei Medici Chirurghi** della Provincia di Chieti, per rinuncia alla iscrizione.

A tal fine, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445) e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

dichiara

- di essere in regola con il pagamento della tassa annuale di iscrizione;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi previdenziali ENPAM, se dovuti;
- di non avere in corso procedimenti penali;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente Decreto Legislativo n. 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018.

Data _____

Firma _____

la sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero se l'istanza è presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

Allega copia:

Documento _____ N. _____ rilasciato da _____ in data _____

Il sottoscritto _____ incaricato, attesta, ai sensi del DPR 445/2000, che il Dott. _____, identificato a mezzo _____, ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Chieti, _____

Firma
