

Bollo  
€ 16,00

**Al Presidente  
Dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di ENNA**

Il sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat a \_\_\_\_\_ (prov \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ iscritto all'Albo \_\_\_\_\_  
con numero d'ordine n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall'Albo \_\_\_\_\_ di Codesto  
Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.  
Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle  
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto  
la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), DICHIARA l'assenza  
di procedimenti penali pendenti.

**FIRMA**

Enna, li \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI ENNA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R.

28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Enna li \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

\_\_\_\_\_