



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Padova**

35139 PADOVA - Via San Prosdocimo, 6/8 – tel 049.8718855  
e-mail: [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it) mail PEC: [info.pd@pec.omceo.it](mailto:info.pd@pec.omceo.it)

Marca da  
bollo da Euro  
16,00

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ nato/a

Il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ Residente in \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

regolarmente iscritto **all'Albo degli Odontoiatri** in questa provincia

al numero \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_,

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dal predetto Albo di questo Ordine a motivo:

- ✓ Il/La sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di **non avere procedimenti disciplinari e/o penali in corso e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM.**
- ✓ Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

**ATTENZIONE:** Si informa che entro 30 giorni successivi alla data di cancellazione dall'Albo, l'Ordine provvederà alla chiusura della casella PEC se attivata in convezione con l'Ordine.

**Allegati:**

1. Copia documento d'identità

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_