

**Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BARI**

Marca da bollo

€ 16,00

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____

CAP _____ Stato _____

alla via _____

Tel. _____ Cel. _____

e-mail _____ PEC _____

Iscritto nell'**Albo dei MEDICI CHIRURGHI** di questa Provincia con
matricola numero _____

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE** dall' **Albo dei MEDICI CHIRURGHI** di questo
OMCeO per *rinunzia all'iscrizione*, secondo il disposto dell'art. 6, lett.
c), DLgsCPS n. 233/1946 e smi.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di Non avere procedimenti penali e/o disciplinari in pendenza
ovvero
- di Avere in pendenza:

- di Avere, alla data odierna, sempre assolto agli obblighi relativi al pagamento del tributo ordinistico, incluso l'anno in corso.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di essere stato informato, con apposito documento, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi del D.Lgs. 196/03 come modificato in seguito all'entrata in vigore del Regolamento (UE) 2016/679 e, con la sottoscrizione della presente istanza di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Si allega fotocopia (fronte/retro) di un documento di riconoscimento in corso di validità

Bari, _____

Firma

A PENA DI IRRICEVIBILITÀ LE ISTANZE DEVONO ESSERE PRESENTATE COME SEGUE:

- Le istanze devono essere presentate personalmente dal professionista o da un suo delegato, munito di delega scritta e documento di identità in corso di validità del delegato
- NON potranno essere accettate istanze incomplete (anche del bollo), illeggibili o con cancellature
- La marca da bollo deve essere apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, poiché in caso di errore nella compilazione sarà necessario redigere una nuova istanza apponendovi una nuova marca da bollo
- Tutte le istanze devono essere presentate su foglio in formato A3 e compilate in STAMPATELLO

Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere ai sensi del DPR n. 445/2000.



**ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGI ED ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI BARI**



Il sottoscritto incaricato, ATTESTA che l'istanza:

- è stata presentata personalmente da sottoscrittore identificato con il documento di riconoscimento in corso di validità *allegato*
- è stata presentata dal delegato, sig. _____
_____ identificato con documento _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____
- è pervenuta a mezzo Posta
- è pervenuta con Posta Elettronica Certificata (PEC), sottoscritta con firma digitale dell'istante e marca da bollo telematica

Bari, _____

Timbro e Firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
