



QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina
Tel. 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

**DOMANDA CANCELLAZIONE PER RINUNCIA
ALBO MEDICI CHIRURGHI OPPURE ALBO ODONTOIATRI**

Imposta di bollo
€ 16,00

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

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

CHIEDE 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 LATINA

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