



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

*Attenzione : la presente richiesta può essere inoltrata per posta allegando alla stessa la fotocopia di un valido documento di riconoscimento.*

Imposta di bollo

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

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

Nome

Medico Chirurgo  oppure Odontoiatra  n. posizione

ai sensi dell'art. 11, lett. d), del D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n.233

**CHIEDO LA CANCELLAZIONE**

dall 'Albo dei Medici Chirurghi

oppure

dall 'Albo degli Odontoiatri

con decorrenza dalla data di decisione del Consiglio Direttivo

oppure dal

 /  / 

data

 /  / 

firma

**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 sua presenza l'istanza.

data

 /  / 

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza