

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

[Grid for Cognome]

Nome

[Grid for Nome]

Medico Chirurgo

n. posizione

[Grid for n. posizione]

oppure

Odontoiatra

n. posizione

[Grid for 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

[Grid for date]

per rinuncia all'iscrizione

per trasferimento all'estero della residenza

data

[Grid for date]

firma

[Grid for 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

[Grid for name]

incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 - DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dottore/la Dottoressa

cognome

[Grid for cognome]

nome

[Grid for nome]

identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

[Grid for identification]

ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

data

[Grid for date]

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

[Grid for timbro e firma]