



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

CANCELLAZIONE ALBO PROFESSIONALE

Note informative.

A cura del

Funzionario Amministrativo

Dott.ssa Iscaro Sonia

SULLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE APPLICARE MARCA DA BOLLO DA € 16,00

- Il modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal richiedente; in caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione e copia del documento di identità, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.
- Se la domanda è inviata per posta allegare fotocopia documento di identità in corso di validità.
- Prima di procedere alla cancellazione, questo Ordine procederà all'accertamento dell'assenza di carichi pendenti (Non si può pronunciare la cancellazione dall'albo quando è in corso procedimento penale o disciplinare).
- Prima di procedere alla cancellazione, questo Ordine accerterà la regolarità nei pagamenti delle tasse di iscrizione dovute all'Ordine. (Non si può pronunciare la cancellazione quando risultino morosità)
- Per cancellazione con decorrenza 31/12 presentare la domanda entro e non oltre il 15 novembre dell'anno in corso (se spedita per posta farà fede la data del timbro postale).
- In qualsiasi periodo dell'anno si presenti istanza di cancellazione si è comunque considerati "a ruolo" nell'anno in corso.

Coloro i quali risultino iscritti ai due albi (Doppia Iscrizione - Albo dei Medici Chirurghi e Albo degli Odontoiatri) devono presentare 2 diverse domande, apponendo 2 diverse marche da bollo.



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

**Marca
Da bollo
€ 16,00**

Il/la sottoscritto/a dott./ssa

nato/a a(prov.....) il

cittadino/a.....

residente in.....(prov.....)

c.a.p.via.....N.....

e-mai..... PEC.....

tel.cell.

ai sensi dell'art. 11 lett. d) del D.LC.P.S. 13/09/1946 n. 233

chiede la cancellazione dall' albo

- dei MEDICI CHIRURGI []
- degli ODONTOIATRI []

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto segue corrisponde al vero:

di essere iscritto all' albo:

- dei MEDICI-CHIRURGI [] posizione N.
- degli ODONTOIATRI [] posizione N.

☐ di non essere oppure ☐ di essere a conoscenza di processi penali in atto presso organi giurisdizionali (pretura, tribunale, corte d'appello, ecc.) (in caso affermativo indicare gli estremi del processo - numero ed Autorità)_____

☐ di non essere oppure ☐ di essere sottoposto/a a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza (in caso affermativo indicare gli estremi del processo - numero e autorità)

.....

☐ di non avere procedimenti disciplinari in pendenza

dichiara altresì di essere in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine ☐

La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da questo Ordine risultassero importi ancora da pagare, si impegna a saldare quanto dovuto.

Il/la sottoscritto/a è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'ordine.

Data Firma

☐ invio per posta
ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.p.r. n. 445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

☐ presentazione diretta all'impiegato/a addetto/a
la firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del d.p.r. n. 445/2000, in presenza di

Sig./ra

(firma del funzionario)

Allegato documento di identità.