

Marca da
Bollo da
€.16,00

Spett.le
ORDINE DEI MEDICI VETERINARI
DELLA PROVINCIA DI ORISTANO
Via Giovanni XXIII, 7 Oristano

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dr.ssa _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ cap. _____ prov. _____

in Via _____

iscritto/a all'ALBO DEL MEDICI VETERINARI con numero d'ordine _____ dal _____

C H I E D E

La CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI VETERINARI
di codesto Ordine, ai sensi dell'art.11 lettera d) del D.LCPS 233/46

Per (specificare il motivo)

- Cessazione attività professionale.....
- Altro.....

Il sottoscritto dichiara: che non intende esercitare la libera professione;

e di essere in regola con il pagamento della quota relativa all'anno in corso e tutti i precedenti.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28/12/2000 n.445) DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.-

- firma-

Data _____

=====

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI VETERINARI DI ORISTANO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U.
– D.P.R. 28/12/2000 n.445, che il Dott. _____ identificato a mezzo
di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Allegare al presente modulo copia di un documento in validità di corso, e copia del codice fiscale.