



**MARCA DA BOLLO**  
**€ 16,00**

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI VERONA**

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_  
residente in \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)  
CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale n. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**DI ESSERE CANCELLATO :**

- dall'Albo dei Medici Chirurghi
- dall'Albo degli Odontoiatri
- dall'Albo degli Odontoiatri mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
- dall'Albo dei Medici Chirurghi mantenendo l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**ALLEGATI**

**Tesserino identificativo rilasciato dall'Ordine**  
**Fotocopia del documento di identità**

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera a) D.P.R. 403/98 e successive modifiche)

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

### DICHIARA DI

- **avere**  **non avere** riportato condanne penali
- **essere**  **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **essere**  **non essere** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- **avere**  **non avere** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- **essere**  **non essere** in regola con il pagamento della quota d'iscrizione all'Ordine

Il/ la sottoscritto / a , consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 66 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000) , dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

IL DICHIARANTE

\_\_\_\_\_

---

---

### **Spazio riservato all'Ordine**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA ai sensi della legge 04.01.1968 n. 15 che il dott. \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ ha  
sottoscritto e firmato la dichiarazione in sua presenza.  
Data \_\_\_\_\_

L'INCARICATO

\_\_\_\_\_