

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO MEDICI CHIRURGI  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ *cognome* \_\_\_\_\_ *nome* \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_

tel. (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_ cell. (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_e-mail (*dato facoltativo*) \_\_\_\_\_ PEC (*dato obbligatorio*) \_\_\_\_\_

iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ con numero d'ordine \_\_\_\_\_

**CHIEDE**la cancellazione all'Albo \_\_\_\_\_ di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11 lettera d),  
D.L.C.P.S. 233/1946.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

**DICHIARA**

- ☐ di essere in regola con i pagamenti relativi alla tassa annuale di appartenenza all'Ordine e ai contributi ENPAM, di cui agli articoli 4 e 21 del D.L.C.P.S. 233/1946
- ☐ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- ☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali
- ☐ di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale
- ☐ di aver riportato condanne penali  
(*produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento*)
- ☐ di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Sassari, li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**