

Marca da bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO ODONTOIATRI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a _____
_____ *cognome* _____ *nome*
nato/a a _____ 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.