

Marca da  
Bollo da  
€.16,00

Spett.le  
Ordine dei Medici veterinari  
della  
Provincia di Cagliari  
Via Dei Carroz,14 09128 Cagliari

**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 dei Medici Veterinari della Provincia di Cagliari**

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, copia del codice fiscale.