## Spett.le

Marca da Bollo da

€.16,00

**ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI CAGLIARI**

## Via Dei Carroz, 14 – 09131 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 dell’Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Cagliari** 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.

 Data Firma

================================================================================

## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI VETERINARI 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.