

**Bollo**  
**€ 14,62**

All'Ordine provinciale  
dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
di GENOVA

Il sottoscritto

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
residente \_\_\_\_\_  
in \_\_\_\_\_  
iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi con numero d'Ordine  
dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la CANCELLAZIONE dall'Albo dei Medici Chirurghi di  
codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46, per  
rinuncia iscrizione

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000  
n. 445, il sottoscritto, 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 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

l'assenza di procedimenti penali pendenti.

In attesa di un cortese cenno di riscontro, porge cordiali saluti.

Lì,

Firma