



ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
Via Pomponazzo, 50 – 46100 MANTOVA  
Tel.: 0376.32.66.32  
E-mail: [segreteria@omceomantova.it](mailto:segreteria@omceomantova.it)  
PEC: [segreteria.mn@pec.omceo.it](mailto:segreteria.mn@pec.omceo.it)  
Sito: [www.omceomantova.it](http://www.omceomantova.it)

MARCA DA BOLLO  
DA 16€

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

### CHIEDE

#### LA CANCELLAZIONE DALL'

- Albo dei Medici Chirurghi  
 Albo degli Odontoiatri

e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità,

#### **DICHIARA:**

Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Data nascita \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda deve essere corredata da marca da bollo da 16€ e da un documento d'identità in corso di validità.

La presente potrà essere consegnata brevi manu presso gli uffici dell'Ordine, via mail all'indirizzo [segreteria@omceomantova.it](mailto:segreteria@omceomantova.it) o via Pec all'indirizzo [segreteria.mn@pec.omceo.it](mailto:segreteria.mn@pec.omceo.it).