

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE
(DA PRESENTARE ENTRO IL MESE DI OTTOBRE DI OGNI ANNO)**

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE TSRM E PSTRP DI CATANIA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____ cap. _____

in Via/Piazza _____

Tel. _____

iscritto all'Albo Professionale _____

con numero d'iscrizione _____ dell'Ordine TSRM e PSTRP di Catania

CHIEDE

la cancellazione dall'ALBO DEI _____

di codesto Ordine, ai sensi:

- a) dell'art. 11, lett. d (DLCPS 233/46);
- b) dell'art. 6, lett. d (capo II legge 11 gennaio 2018 n. 3);
- c) dell'art. 3 lett. c (DM-Salute-13 marzo 2018-professioni sanitarie).

- per collocamento a riposo
- per rinuncia volontaria

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di non aver procedimenti penali pendenti;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____ FIRMA _____