

**BOLLO DA € 16,00**

**ALL'ORDINE DEI MEDICI VETERINARI  
DELLA PROVINCIA DI SASSARI  
VIA ALIVIA, 6  
07100 - SASSARI**

Il sottoscritto Dott.....  
Nato a.....il.....  
residente a.....Via.....  
iscritto all'Albo dei Veterinari della provincia di Sassari al N° .....

**CHIEDE**

La cancellazione dall'**ALBO** di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 11 lettera D) del DLCP  
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 delle quote relative agli anni.....

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 15/68 e della legge n° 127/97 e successive modificazioni ed integrazioni, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 legge 15/68), **DICHIARA** l'assenza di procedimenti penali pendenti.

Data.....

FIRMA \_\_\_\_\_

**N.B.** Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.