

Spettabile  
Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e Odontoiatri Professionisti  
della Repubblica di San Marino

S E D E

**Oggetto: Domanda di cancellazione dall'Albo ed Iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per pensionati, che non esercitano la professione medica retribuita.**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ ( ) il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cittadino \_\_\_\_\_

Dichiaro il mio stato di pensionamento e di non esercitare la professione medica a titolo retribuito

**richiede**

la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi Professionisti della Repubblica di San Marino, per pensionamento, resta Iscritto all'Ordine.

**Alla presente dichiarazione si allega il seguente documento:**

- Certificato di Laurea o copia del Certificato di Laurea.

FIRMA

San Marino,