

marca da bollo
€ 16,00

Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
Via Bergamo, is.47/A
98124 MESSINA

OGGETTO: Domanda di cancellazione dall'Albo delle STP

...I... sottoscritt... Dott. (cognome e nome)

nat... a (Prov.) il

Legale Rappresentante della Società tra Professionisti denominata

Iscritta al n. nella Sezione Speciale dell'Albo STP di codesto Ordine

CHIEDE

La cancellazione dall'Albo della STP per i seguenti motivi

- Cessazione attività dal
- Cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese dal
- Scadenza del termine fissato dall'atto costitutivo dal
- Carenza dei requisiti di cui all'art.11 del D.M. 8 febbraio 2013, n.34
- Trasferimento all'Albo della Provincia di
- Altro

DICHIARA

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità, dichiara

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

.....
data

.....
firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per la cancellazione dalla Sezione Speciale dell'Albo STP (D.M. 8 febbraio 2013, n.34), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal Regolamento Europeo 2016/679.

.....
data

.....
firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il/la richiedente

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza

ha presentato l'istanza per il tramite di

.....
data

.....
firma dell'incaricato che riceve l'istanza