

Marca da bollo da

Euro 16,00

**Al Sig. Presidente dell'OMCeO  
di Forlì-Cesena**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....

in qualità di Legale Rappresentante della STP denominata

.....

con sede in ..... Via .....

Iscritta nella sezione speciale dell'Albo delle STP presso l'OMCeO di Forlì-Cesena dal  
..... al n..... di iscrizione

**COMUNICA**

la cessazione della stessa a far data dal .....

**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo delle Società tra Professionisti istituita presso codesto Ordine.

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000:

1. di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso;
2. di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione STP all'Ordine;
3. di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 20161679 del 2710412016 come da informativa pubblicata sul sito web [www.ordinemedicifc.it](http://www.ordinemedicifc.it) (modulistica, iscrizione agli Albi ,consenso informato).

Data .....

FIRMA .....

ALLEGA: copia visura Camera di Commercio, dal quale risulti la cessazione