

Marca da bollo da

Euro 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI 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 2016/679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web www.ordinemedicifc.it (modulistica, iscrizione agli Albi ,consenso informato).

Data

FIRMA

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