# DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA PER GENITORIALITA'

*Esente da bollo ai sensi del DPR 642/72 (Tabella Allegato B art. 5)*

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Forlì-Cesena

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

residente a _____ prov. _____

in Via_____

iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi e/o all'albo degli Odontoiatri della provincia di Forlì-Cesena,

ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445),

DICHIARA

che in data _____ è diventato/a genitore di _____

e di essere l'unico genitore iscritto all'OMCeO Forlì-Cesena a presentare la domanda di riduzione quota per genitorialità.

e pertanto CHIEDE

**che il Consiglio Direttivo riduca a carico della sottoscritta/o la quota ordinistica per il prossimo anno 2027 a € 26,00** (versamento annuale obbligatorio che l'Ordine deve effettuare per ogni iscritto alla Fnomceo)

*Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.*

Data, _____

Firma

_____

Si prega di allegare documento d'identità

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.

## Il modulo è da inviare all'Ordine entro il 31 dicembre dell'anno di nascita del figlio/a