

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 (modulistica, iscrizione agli Albi ,consenso informato).

Data

FIRMA

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