

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 _____
tel. _____ iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI e/o all'ALBO
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 € 23,00** (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**