

Marca da bollo
Euro 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI STP

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DEL
VERBANO-CUSIO-OSSOLA

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per la cancellazione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950, dal D.Lgs.196/2003 e dal R.E. 2016/679.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ Prov. _____ il _____

C.F. _____, Legale Rappresentante della Società tra

Professionisti denominata _____,

iscritta in data _____ al N. _____ dell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP

dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia del V.C.O.

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP

per il seguente motivo:

- Cessazione attività dal _____
- Cancellazione dalla sezione speciale del Registro delle Imprese dal _____
- Scadenza del termine fissato dall'atto costitutivo dal _____
- Carenza di requisiti di cui all'art. 11 del DM 8 febbraio 2013, n. 34
- Altro _____

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso

- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e contributi ENPAM

_____, _____

Firma _____

Allegati:

- 1. copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese**
- 2. copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo (solo se è la motivazione della cancellazione)**
- 3. copia documento identità**

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE