

Marca da bollo
pari ad

€uro 16,00

(dovuta come indicato nella
tabelle A del D.P.R. 642/1972)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA

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 e dal D.Lgs.196/2003.

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____ CF

_____, legale rappresentante della STP

iscritta al n. _____ dell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta con decorrenza dal

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP di codesto Ordine di per i seguenti motivi:

- 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

- Trasferimento all'Albo della Provincia di _____
- 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 all'ENPAM

Data

FIRMA

Allegati:

- 1. copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese**
- 2. copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo**

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che _____, identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza