Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP

Al CONSIGLIO DIRETTIVO
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LECCE

Il/La Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa_____

nato/a a _____ il _____ C.F.

_____, residente a_____prov._____in

via _____ tel. _____ cellulare

_____ e-mail_____

iscritto all'ALBO dei ☐ Medici Chirurghi ☐ Odontoiatri di codesto Ordine al numero_____

di iscrizione, **legale rappresentante** della Società tra Professionisti

denominata _____, con sede legale

in via _____città _____CAP_____

tel _____PEC _____iscritta al

registro delle imprese di _____ al n. _____dal _____, con Partita IVA e/o

CF _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo delle STP di codesto Ordine con decorrenza dalla data in cui il Consiglio delibererà la effettiva cancellazione per:

- Cessazione dell'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: _____

IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

DICHIARA

l'assenza di procedimenti penali pendenti e la regolarità con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all' ENPAM.

Allegare alla presente domanda la seguente documentazione obbligatoria:

1) Fotocopia del documento d'identità valido (del Legale Rappresentante).
2) copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese.
3) copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo (se la cancellazione è per scadenza del termine).

Lecce,_____Firma _____

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