

DOMANDA CANCELLAZIONE ALBO

Spett. Ordine TSRM-PSTRP di Sassari

Il/La sottoscritto/a

DICHIARA

ai sensi dell'art.46 e 47 del DPR 28/12/2000 n.445

- di essere nato/a il a Prov
- di essere cittadino/a
- di essere residente in Via CAP Prov
Città
- di avere i seguenti recapiti telefonici: Tel Cell
- di avere il seguente recapito email:
- di avere il seguente Codice Fiscale

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DI CODESTO ORDINE CON DECORRENZA

DAL 01/01/20 PER (specificare il motivo):

- Cessazione attività profess
- Altro:

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- che non intende esercitare la libera professione
- di essere in regola con il pagamento delle quote Albo
- Altro:

Il/la sottoscritto/a, consapevole della decadenza dei benefici e delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi (Art. 75 e 76 D.P.R. 445/2000), dichiara che le attestazioni espresse corrispondono al vero.

Il/la sottoscritto/a dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del D.lgs. 196/2003 ed acconsente al trattamento dei propri dati con le modalità adeguate (anche strumentali e automatizzate) e per le finalità dell'Ordine TSRM- PSTRP.

Luogo e Data,

Firma leggibile

Allegati:

- fotocopia, fronte e retro, della Carta di Identità;
- fotocopia del Codice Fiscale;