



OMCeO
Roma
ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI-CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI

Ente pubblico non economico istituito ai sensi
del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

CANCELLAZIONE STP

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

(DA COMPILEARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

L SOTTOSCRITT_ DOTT._ _____
NAT_A _____ (PROV ____) IL _____
IN QUALITA' DI _____ DELLA
SOCIETA' _____

Ai sensi dell'Art. 8, 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34

CHIEDE la

CANCELLAZIONE

dalla

SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO della suddetta **SOCIETÀ, ISCRITTA AL N.** _____ **PER:**

- CESSAZIONE ATTIVITA' DAL _____
- CANCELLAZIONE DALLA SEZIONE SPECIALE DEL REGISTRO DELLE IMPRESE DAL _____
- SCADENZA DEL TERMINE FISSATO DALL'ATTO COSTITUTIVO DAL _____
- CARENZA DEI REQUISITI DI CUI ALL'ART. 11 DEL D.M. 8 FEBBRAIO 2013, N. 34
- TRASFERIMENTO ALL'ALBO DELLA PROVINCIA DI _____
- ALTRO _____



- DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 - GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link: [INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

CONSAPEVOLE SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, CHE LA SOCIETÀ È IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLE TASSE ANNUALI DI ISCRIZIONE DOVUTE ALL'ORDINE COMPRESO L'ANNO IN CORSO

- La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da questo Ordine risultassero importi ancora da pagare, il sottoscritto si impegna a saldare quanto dovuto.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del / della

Sig./Sig.^{ra} _____

(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N.º _____ del _____



**segue RICHIESTA DI
CANCELLAZIONE STP**

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo PEC, all'indirizzo: protocollo@pec.omceoroma.it (*allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a mezzo E-MAIL, all'indirizzo: info@ordinemediciroma.it (*allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- per POSTA, all'indirizzo: Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA (*allegando la FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000*)
- a MANO in SEDE, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.