

Spett.le
OPI di Ancona

marca da
bollo
€. 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ Prov. _____ il _____
C.F.: _____, Legale Rappresentante della Società tra Professionisti denominata
_____, iscritta al N. _____
dell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche
di Ancona con decorrenza dal _____

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP di codesto Ordine 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'ENPAPI

_____, _____ 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

Presentazione diretta all'impiegato addetto Dott./Dott.ssa _____

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

Dott./Dott.ssa _____
(Timbro e firma dell'impiegato)

Data _____