

**AII 'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

<b>Marca Da bollo € 16,00</b>
---------------------------------------

\_\_L\_ SOTTOSCRITT\_\_.....  
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 .....**

**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 SOCIETA' E' 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, si impegna a saldare quanto dovuto.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

[ ] invio per posta  
ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.p.r. n. 445/2000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità

\*\*\*\*\*

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

[ ] presentazione diretta all'impiegato/a addetto/a  
la firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del d.p.r. n. 445/2000, in presenza di

Sig./ra .....

(firma del funzionario) .....