

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche
della Provincia di COMO

MARCA DA BOLLO

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 Como 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

Como _____

Ho preso visione delle informazioni in materia di trattamento dei dati ai sensi del GDPR 679/2016 e D.LGS. 196/2003,
così come modificato dal DLGS 101/2018, e presto il consenso al trattamento dei dati personali. Le informazioni
complete sono reperibili sul sito istituzionale dell'Ordine alla sezione "Informativa Privacy dell'Ordine".

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

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 _____