



MARCA DA BOLLO
€ 16,00
DPR 26/10/72
N° 642
DM 20/08/92

RICHIESTA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

**Spett.le Ordine TSRM PSTRP di
Cosenza**

Il/La sottoscritto/a

Nome _____ Cognome _____

Nato/a a _____ (provincia di _____) il ____/____/____

Via _____ n. _____ cap _____

n. Tel. _____ email _____

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 della legge 04/01/1968 n. 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni dagli artt. 483, 495 e 496 del codice penale,
DICHIARA

di non esercitare la professione- attività di _____

a partire dal ____/____/____ per i seguenti motivi:

- Collocamento a riposo;
- Dimissioni volontarie dall'impiego;
- Altri motivi (esplicitare le ragioni relativi alla cessazione della professione):

Per i motivi che precedono

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DA CODESTO ORDINE CON DECORRENZA

DAL ____/____/____

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- che non intende esercitare la libera professione
- di essere in regola con il pagamento delle quote dell'Albo
- altro (specificare) _____

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 Professionale TSRM PSTRP.

Data _____

In fede _____

Si allegano: fotocopia, fronte e retro, della carta di identità