

Applicare  
Marca da bollo  
amministrativa da  
€ 16,00

Spett.  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Livorno

Il/la sottoscritto/a..... C.F.....

Nato/a il ...../...../..... a ..... (.....)

Residente in..... (.....), CAP .....

Via/P.zza.....n°.....

Tel. .... e-mail .....

PEC..... in qualità di Legale Rappresentante della S.T.P.  
denominata..... con sede in .....  
iscritta al n. .... dell'Albo S.T.P. di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 9 del D.M. n. 34/2013,  
consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle  
dichiarazioni mendaci (art. 76 del DPR 445/2000)

#### CHIEDE

La cancellazione della suddetta S.T.P. dal relativo Albo, (selezionare una delle seguenti opzioni)  
per il seguente motivo:

- Cessazione attività dal \_\_\_\_\_
- Trasferimento all'Ordine Professionale: \_\_\_\_\_
- per variazione oggetto sociale: \_\_\_\_\_
- per trasferimento sede legale in \_\_\_\_\_

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole  
delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

#### DICHIARA

Di essere in regola con i pagamenti relativi alla tassa annuale di appartenenza all'Ordine e ai contributi  
ENPAM, di cui agli articoli 4 e 21 del D.L.C.P.S. 233/1946.

*Trattamento dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679.*

Luogo e data \_\_\_\_\_

IN FEDE .....  
(firma del Legale Rappresentante)