



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Padova**

35139 PADOVA - Via San Prosdocimo, 6/8 – tel 049.8718855
e-mail: info@omco.pd.it mail PEC: info.pd@pec.omceo.it

Marca da bollo da
Euro 16,00

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI
(di seguito STP)**

Il/La
sottoscritto/a _____
Codice Fiscale _____ Nato/a il ____/____/____
Luogo di nascita _____

Recapiti personali

Cellulare _____
Email _____
P.e.c. _____

In qualità di legale rappresentante della STP denominata

Iscritta nell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP dell'ordine dei medici Chirurghi e degli
odontoiatri di Padova al N. _____ con decorrenza
dal _____

CHIEDE

La **CANCELLAZIONE** della società tra professionisti dalla Sezione speciale dell'Albo di Padova

Per i seguenti motivi:

Cessazione attività dal _____
Cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese dal _____
Scadenza del termine fissato nell'atto costitutivo dal _____
Trasferimento all'Albo provinciale di _____

Carenza dei requisiti ex art. 11 del DM 8 febbraio 2013,n. 34

Altro _____

A tal fine DICHIARA

-di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

-di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso.

Allegati:

1. Copia valido documento d'identità del legale rappresentante
2. Documentazione attestante la cessazione dell'attività e/o modifica per la quale si richiede la cancellazione
- 3. Copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese**

Il/la Sottoscritto/a si impegna a comunicare tempestivamente all'Ordine qualsiasi variazione intervenga a modifica di quanto dichiarato nella presente autocertificazione.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/la Sottoscritto/a autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Luogo _____

Data _____

Firma _____