

Marca da bollo
Euro 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALLA SEZIONE SPESCIALE DELL'ALBO DELLE SOCIETÀ TRA PROFESSIONISTI (STP)

**Al Consiglio Direttivo
dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
di Cosenza**

Informativa ai sensi dell'art. 13 D. Lgs 196/2003. I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 211/1950 e dal D. Lgs. 196/2003. Dichiaro di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____
in data _____, C.F. _____, legale rappresentante della Società Tra
Professionisti denominata _____
con sede legale in _____, Via _____,
iscritta al Registro delle Imprese di _____ al n° REA _____
dal _____, P.Iva _____, avente come oggetto sociale:

_____;

CHIEDE

a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n° 34,
di voler cancellare detta Società nella Sezione Speciale dell'Albo dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di
Cosenza.

Data _____

FIRMA

All.:

Copia documento riconoscimento del Legale Rappresentante