

Marca da bollo € 16,00

Al Presidente
Ordine dei TSRM e delle
PSTRP delle Province
di Forlì – Cesena e di Rimini
Via Giordano Bruno 260
cap 47521 Cesena

Oggetto: Domanda di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a _____ ()
il _____ residente a _____ () in Via _____ n. ____
iscritto/a a codesto Ordine Provinciale TSRM-PSTRP all' Albo dei _____
dall' anno _____

CHIEDE

che il Consiglio Direttivo deliberi la CANCELLAZIONE dall'Albo Professionale per
CESSATA ATTIVITA' a causa dei seguenti motivi:

.....
(indicare la motivazione e se trattasi di pensionamento indicare la data dello stesso e l'Azienda
presso cui si svolgeva l'attività)

Pertanto dichiara

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o
mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000
n445),che

NON SVOLGERA'

la relativa attività professionale né quale libero professionista, né quale lavoratore
dipendente nell'ambito di rapporti di lavoro subordinato, pubblici o privati, né quale
volontario.

Con osservanza.

In fede Firma (per esteso e leggibile)

(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 3, comma 10 della legge 127/97)

data ____/____/____

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento
emanato sulla base della dichiarazione non veritiera. (art. 75 DPR 445/2000)**