

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche  
della Provincia di LATINA

Marca da bollo  
€16,00

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_, Legale Rappresentante della Società tra

Professionisti denominata \_\_\_\_\_,

iscritta al n. \_\_\_\_\_ dell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP dell'Ordine delle

Professioni Infermieristiche di Latina con decorrenza dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP di codesto Ordine di Latina per i seguenti motivi:**

Cessazione attività dal \_\_\_\_\_

Cancellazione dalla sezione speciale del Registro delle Imprese dal \_\_\_\_\_

Scadenza del termine fissato dall'atto costitutivo dal \_\_\_\_\_

Carenza di requisiti di cui all'art. 11 del DM 8 febbraio 2013, n. 34

Trasferimento all'Albo della Provincia di \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAPI

Latina, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

### **Allegati:**

- 1. copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese**
- 2. copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del /della

Sig. / Sig.ra \_\_\_\_\_

(Timbro e firma dell'impiegato)