

Al Presidente
dell'Ordine TSRM e PSTRP di Foggia
tsrmfoggia@pec.it
info@tsrmfoggia.org

Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (_____) il _____ / _____ / _____
residente a _____ (_____) CAP _____
via _____ n. _____
cell. _____ e-mail _____
iscritto/a dal _____ / _____ / _____ al n. _____ dell'Albo dei _____

tenuto presso quest'Ordine, consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

CHIEDE

la cancellazione dal suddetto Albo per la seguente motivazione:

A tal fine, dichiara di aver già versato i contributi dovuti all'Ordine per l'anno in corso. È altresì consapevole che lo svolgimento della professione senza iscrizione al rispettivo Albo costituisce il reato di "abuso di professione", ed è compito di questo Ente la segnalazione agli organi competenti.

Si allegano:

- **Copia fronte/retro di valido documento di riconoscimento;**
- **Marca da bollo da € 16 (sedici).**

Data _____ In fede _____