

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

**Al Presidente dell'Ordine
TSRM PSTRP di Messina**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____

Prov. (_____), il ____ / ____ / ____ residente in _____

Via/P.zza _____ n° _____ CAP: _____

Prov. (_____), iscritto all'albo professionale _____ / elenco speciale
di questo Ordine al n° _____

Valendomi delle disposizioni di cui all' art. 4 della Legge n°15 del 04/01/1968, e consapevole delle
pene stabilite per le false attestazioni e le dichiarazioni mendaci degli artt.483, 495 e 496 del codice
penale, 76 del DPR 445 del 28/12/2000

DICHIARO

- ✓ di non essere sottoposto a procedimenti penali o a procedimenti disciplinari, di non aver riportato condanne penali (in caso positivo indicare l'Autorità Giudiziaria) _____
- ✓ di aver regolarmente pagato i contributi dovuti a questo Ordine Professionale SI NO
- ✓ dichiaro inoltre, sotto la mia responsabilità di non esercitare più la professione di _____ a partire dal giorno _____
per collocamento a riposo o volontaria rinuncia.

Messina, li _____

Firma _____

*Per evitare il pagamento della quota annuale dell'anno successivo la domanda di cancellazione deve pervenire
all'Ordine entro il 31 dicembre dell'anno in corso.*

Da allegare:

- Documento d'Identità)