marca
da
bollo

Euro 16.00

Modulo domanda di cancellazione a richiesta

ALL'ORDINE DEI FARMACISTI DELLA PROVINCIA DI ROMA
00161 - ROMA - Via Alessandro Torlonia, 15

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ provincia di _____ il _____

codice fiscale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| cittadinanza _____

residente in _____ provincia di _____ C.A.P. _____

via _____ n. _____ int. _____ telefono _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

di essere cancellato da codesto Albo Professionale, a far data dalla prima riunione del Consiglio dell'Ordine dei Farmacisti successiva alla data di presentazione della presente domanda.
Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità penali, civili ed amministrative in cui può incorrere nel caso di dichiarazioni non corrispondenti al vero (Legge 4 gennaio 1968 e successive modificazioni ed integrazioni)

DICHIARA

- ❑ **di non essere titolare di farmacia**
- ❑ **di non avere procedimenti disciplinari in corso**
- ❑ **di essere in regola con i pagamenti della quota sociale di iscrizione all'Ordine dei Farmacisti della Provincia di Roma, per gli anni antecedenti e per l'anno in corso.**

Roma, _____ Firmato _____

_____

Spazio riservato agli uffici

Identificato con documento _____ n. _____

rilasciato da _____ il _____

Domanda ricevuta dall'impiegato: _____

ricevuta n. _____ del _____

Importante: La comunicazione della e-mail è obbligatoria. In mancanza della stessa non si assicura l'invio della lettera di avvenuta cancellazione, che potrà comunque essere ritirata presso gli Uffici.