



**Ordine delle Professioni Infermieristiche di Pesaro Urbino**

**Spett.le**  
**Ordine delle Professioni Infermieristiche Opi Pesaro Urbino**  
**Corso XI Settembre, 115**  
**61121 Pesaro (PU)**

Marca da Bollo  
€ 16,00

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/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 Pesaro Urbino con  
decorrenza dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP** di codesto Ordine 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

Pesaro, \_\_\_\_\_, 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)