

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO

Viale Giotto 134 - 52100 Arezzo - Tel. 0575/22724 - Fax 0575/300758 e -mail: chirurghi @omceoar.it - pec: segreteria.ar@pec.omceo.it Sito web: www.omceoar.it

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

(ai sensi degli art. 46 e 47 d.p.r. 28 dicembre 2000 n. 445)

II/la sottoscritto/a, nato	/a a il
, codice fiscale	, residente a
, in via/piazza, n	, Tel.
, Pec/Mail	
[solo se si sta richiedendo un'iscrizione di una società tra professionisti STP]	
in qualità di legale rappresentante della società	con sede legale nel Comune
di,Via,n	,Prov,P.I
; valendosi della facoltà prevista dagli articoli 46 e 47 del Dec 28/12/2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art.75 del caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità in atti	
DICHIARA	
AI FINI DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI PRIMA/ISCRIZIONE/TISCRIZIONE STP/ALTRO	RASFERIMENTO/CANCELLAZIONE/
PRESSO L'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA	PROVINCIA AREZZO
Che la marca da bollo ID n. emessa in data apposta nell'apposito spazio sull' originale della presente dichiarazione è stata annullata per sottoscrizione ed è utilizzata per la presentazione della domanda on line Che si impegna a conservare l'originale della marca da bollo annullata	Apporre la marca da bollo di € 16,00 e annullarla con un segno oppure con una firma sopra
L'originale della presente dichiarazione è custodito dal sottoscritto (con impegno eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso la mia residenza. Luogo e data	di metterlo a disposizione per
	IL DICHIARANTE

N.B.: ai sensi dell'art 38 del D.P.R. del 28.12.2000, n. 445 la dichiarazione è sottoscritta dal dichiarante e va allegata alla presentazione on line di richiesta di prima iscrizione/trasferimento/cancellazione nella sezione apposita dedicata agli allegati, della procedura on line alla quale si accede tramite l'area riservata dell'utente nel sito www.omceoar.it