

Nella domanda DEVE essere  
apposto il bollo € 16.00

L'imposta è a carico del richiedente,  
ai sensi dell'art. 3, comma 1 della  
tariffa (parte prima all. A al D.P.R.  
642/72)

Al Presidente dell'Ordine TSRM e PSTRP  
delle Marche

**Oggetto: Richiesta di cancellazione dall'Albo Professionale.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in Via/P.zza \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

PEC (\*obbligatoria) \_\_\_\_\_

Iscritto al N. \_\_\_\_\_ dell'Albo Professionale dei \_\_\_\_\_

dell'Ordine TSRM e PSTRP delle Marche,

***Chiede la cancellazione dall'Albo Professionale***

**MOTIVAZIONE:** \_\_\_\_\_

\*

Il sottoscritto dichiara inoltre di svolgere la propria attività lavorativa presso \_\_\_\_\_

\*Se la causa della cancellazione è la cessazione dell'attività lavorativa (**PENSIONAMENTO**) indicare la data di cessazione dell'attività lavorativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Si allega documento d'identità in corso di validità come previsto dall'art. 65, co. 1°, lett. c, d.lgs. 82 del 07/03/2005 "Istanze e dichiarazioni presentate alle pubbliche amministrazioni per via telematica".*

