

Nella domanda DEVE essere apposto il bollo € 16.00 (salvo casi di esenzione)

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 di

Oggetto: Richiesta certificato iscrizione all'Albo Professionale.

II sot	ttoscritto
nato	aili
Resi	dente in Via/P.zza
CAP	Città
Tele	fono mail
PEC	(*obbligatoria)
Iscrit	tto al N dell'Albo Professionale dei
dell'(Ordine TSRM e PSTRP di,
	Chiede
	l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo in bollo
	l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo in bollo per l'estero
	l'emissione del CERTIFICATO di iscrizione all'Albo esente bollo come da D.P.R. n. 642 del 26 ottobre
	1972 e successive modificazioni: (indicare la norma di esenzione ovvero l'uso di destinazione)
Luoc	po 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".

Indirizzo: Via L. Ruggeri 3/I 60131 Ancona

Tel.: 0712866272

Sito Web: www.tsrm-pstrp-marche.org

ordine.marche@tsrm-pstrp.org

Mail: