

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DELLA SPEZIA**

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA SPEZIA – ESENTE BOLLO

Il/la sottoscritto/a nome

cognome

Codice fiscale

nato/a a

il

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Spezia al n.

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Spezia al n.

CHIEDE IL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI ISCRIZIONE

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA SPEZIA – ESENTE
BOLLO**

Da presentare a (specificare):

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art.76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci,

Dichiara di avere diritto all'esenzione dal versamento dell'imposta di bollo per la seguente motivazione (D.P.R. n. 642/1972 ALLEGATO B):

☐ Art. 27-bis - 1. Atti, documenti, istanze, contratti, nonché copie anche se dichiarate conformi, estratti, certificazioni, dichiarazioni e attestazioni poste in essere o richiesti da organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS).

☐ Art. 13 "Adozione"

Altro (specificare il numero di articolo del D.P.R. n. 642/1972 ALLEGATO B):

Luogo e data

Firma _____

ATTENZIONE:

ALLEGARE UNA COPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

Inviare tramite PEC a: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia della Spezia
P.E.C. segreteria.sp@pec.omceo.it