DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA **ANNO 2027** PER GENITORIALITA'

(esente bollo ai sensi D.P.R. 642/72 allegato B, art. 5)

Spett.le Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Rimini

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____, residente

a _____ prov. _____ in Via_____

tel. _____ iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI, all'ALBO ODONTOIATRI della provincia di Rimini

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445),

DICHIARA

- Che in data _____ sono diventato/a genitore di _____

e pertanto CHIEDE

che il Consiglio Direttivo riduca a carico della sottoscritta/o la quota ordinistica per il prossimo anno 2027 a € 26,00 (versamento annuale obbligatorio che l'Ordine deve effettuare per ogni iscritto alla Fnomceo)

Il/la sottoscritto/a dichiara inoltre di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.

Data,

Firma

Si prega di allegare documento d'identità

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA.