

**DOMANDA DI RIDUZIONE QUOTA PENSIONATI ultra75enni CHE NON
ESERCITANO PROFESSIONE MEDICA E/O ODONTOIATRICA - ANNO 2028**
(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 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

- ☐ Di essere ultra 75enne
- ☐ Di essere pensionato dal _____
- ☐ Di aver chiuso la partita IVA in data _____
- ☐ Di non essere mai stato titolare di partita IVA

e pertanto **CHIEDE**

che il Consiglio Direttivo riduca a carico della sottoscritta/o la quota ordinistica per il prossimo anno 2028 (versamento ridotto dell'Ordine e quota spettante a 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.