

**RICHIESTA CANCELLAZIONE STP**

Marca da Bollo  
€ 16,00

Spettabile  
**Consiglio dell'Ordine dei Dottori Commercialisti  
e degli Esperti Contabili di Trani**  
Via Giuseppe Amorese n. 4  
76125 – TRANI (BT)

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

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

codice fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

in qualità di rappresentante legale

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO

della seguente società multidisciplinare tra professionisti con attività prevalente individuata nell'esercizio della professione di commercialista o di esperto contabile

\_\_\_\_\_

della seguente società tra professionisti

\_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ P.I. \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

In fede

Trani, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si allegano:

- 1) Fotocopia (fronte/retro) di un documento di riconoscimento in corso di validità del legale rappresentante
- 2) Modulo per il trattamento dei dati personali