

**(La domanda va presentata in bollo da Euro 16,00)**

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEGLI ARCHITETTI, PIANIFICATORI, PAESAGGISTI E  
CONSERVATORI DELLE PROVINCE DI SASSARI

\*\*\*\*\*

Il/La sottoscritto/a Dott ..... ,  
codice fiscale ..... , in possesso della laurea in  
.....  
conseguita presso l'Università di .....  
in data ..... classe di laurea .....  
già iscritto presso questo Ordine nella sezione B settore.....  
con il numero di matricola.....

CHIEDE

di essere cancellato dalla sezione **B** settore .....  
e di essere iscritto nella (\*) sez **A**, settore/i.....  
Ai sensi e per gli effetti dell'articolo 2 della Legge 4 Gennaio 1968 n. 15 e successive  
modifiche e integrazioni consapevole della responsabilità penale in cui può incorrere nel  
caso di dichiarazione mendace ai sensi del DPR 28/12/2000 N. 445

DICHIARA

- Di essere nato a ..... Prov.....  
il .....
- Di essere residente a ..... Prov. ....  
In via .....n. ....
- Di avere il domicilio professionale a .....  
Prov. .... in via .....n. ....
  - Recapito per la corrispondenza.....
  - e-mail.....
  - numero cellulare.....
- Di essere cittadino ..... (indicare la nazionalità)

- Di non aver mai riportato condanne penali, di non avere procedimenti penali pendenti di non essere destinatario di provvedimenti relativi all'applicazione di misure di prevenzione, di non essere destinatario di provvedimenti in materia civile o amministrativa
- Di non essere iscritto né aver richiesto l'iscrizione ad altro Albo dell'Ordine Architetti PPC
- Di aver superato l'esame di Stato nella ..... sessione relativa all'anno ..... presso l'Università di .....
- di aver pagato/non aver pagato perché non prevista la tassa regionale per l'esercizio della professione.

Il sottoscritto, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, autorizza l'Ordine degli Architetti, Pianificatori, Paesaggisti e Conservatori della Provincia di Sassari a comunicare e diffondere i contenuti della presente domanda per fini istituzionali, scientifici o professionali.

Allega alla presente i seguenti documenti:

1. Ricevuta del versamento di Euro 168,00 sul c/c postale 8003 intestato all' Agenzia delle Entrate centro operativo di PESCARA
2. Fotocopia del codice fiscale;
3. Certificato di laurea con esami sostenuti (o autocertificazione) laurea magistrale;
4. Fotocopia di un documento di identità valido;
5. Fotografia formato tessera;
6. Pagamento di Euro 243,50 a mezzo Pago Pa digitale a saldo della quota dell'anno ....., del timbro professionale e del tesserino di iscrizione.

Sassari, .....

FIRMA

---

La/Il sottoscritta/o dott. ....

Comunica che il proprio indirizzo di posta elettronica certificata è il seguente

\_\_\_\_\_

Chiede l'attivazione di un indirizzo di posta elettronica certificata, obbligatoria per tutti i professionisti iscritti all'Albo, così come disposto dalla Legge 2/2009 e la successiva Legge 120/2020 che prevede l'obbligo del domicilio digitale per i professionisti iscritti all'Albo.

FIRMA \_\_\_\_\_