

*Al Consiglio dell'Ordine dei Tecnologi Alimentari
della Regione Campania e Lazio
Via Galileo Ferraris, 171 80142 Napoli*

PRESA D'ATTO

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

dichiara di essere stato/a messo/a a conoscenza di quanto segue:

1. il **pagamento della quota annuale**, nella misura stabilita dal Consiglio dell'Ordine dei Tecnologi di Campania e Lazio, costituisce obbligo per l'iscritto all'albo, ai sensi della legge n. 59 del 18 gennaio 1994;
2. qualora venga meno l'interesse all'iscrizione all'Ordine, dovrà essere presentata, al Consiglio dell'Ordine, regolare istanza di **cancellazione**, con raccomandata A.R. (nessuna altra forma di dimissioni sarà ritenuta valida). Il Consiglio dispone che l'iscritto sia cancellato dall'Albo e sia esonerato dall'obbligo del pagamento del contributo annuale, a partire dall'anno successivo a quello di ricevimento della relativa comunicazione.
3. in caso di **cambio di residenza** o di **domicilio professionale** è fatto obbligo di darne tempestiva comunicazione al Consiglio dell'Ordine mediante lettera raccomandata A.R.;
4. in caso di un **rapporto di dipendenza**, sia presente che futura, **da una pubblica amministrazione**, è fatto obbligo di comunicare al Consiglio dell'Ordine, di volta in volta, l'espresso nulla osta per l'esercizio di atti di libera professione e, nel caso di rapporto di dipendenza da Scuole Statali, il nulla osta annuale del Direttore dell'Istituto, così come previsto dalle leggi vigenti (L 59 del 18 gennaio 1994; art. 1 e 2 del DPR 283 del 12 luglio 1999).

Data _____

Firma _____