Bollo € 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ prov. _____

in Via _____CAP_____TEL._____

Cell. _____mail _____

PEC_____;

iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI

con numero d'ordine _____ dal_____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

MOTIVO:

- ◯ Rinuncia all'iscrizione
- ◯ Trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, 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. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- l'assenza di procedimenti penali pendenti.
- di aver provveduto al pagamento delle quote associative dovute all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM fino all'anno in corso

FIRMA

Data _____

_____(*)

(*) Allegare copia di documento di identità personale in corso di validità

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Livorno, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

****

Il sottoscritto Dott./essa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n.679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ lì _____

_____
(firma)

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi

della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua

presenza l'istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

_____