

Marca
da
Bolli
€ 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Gorizia**

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine www.ordinemedici-go.it ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale 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 GDPR, 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 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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.

Data _____ Firma _____

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____,
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____, in via _____
n. _____ contatti (mail e telefono/cellulare) _____
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi con numero d'Ordine _____
iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri con numero d'Ordine _____

CHIEDE

LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

- per rinuncia all'iscrizione
- per trasferimento all'estero

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R.445/2000), DICHIARA sotto la propria responsabilità di **non avere procedimenti penali in corso e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM.**

Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/20000 che il/la Dr/Dr.ssa _____ identificato/a a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario
che riceve l'istanza