

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BELLUNO**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ prov. _____
il _____ residente a _____ prov. _____
in Via _____

iscritto **all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di Belluno con numero
d'iscrizione _____

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge
15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre
2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni,

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO** DEI MEDICI CHIRURGHI
 DEGLI ODONTOIATRI

di codesto Ordine per

cessazione attività professionale **trasferimento all'estero**

DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.

RICHIEDE:

La disattivazione della propria Casella PEC attivata dall'Ordine

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ

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

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BELLUNO

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, **ATTESTA**, ai
sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./ssa identificato a
mezzo di ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in osservanza agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16 (“GDPR”), l’OMCeO della provincia di BELLUNO, in qualità di “ Titolare del Trattamento”, Le fornisce le informazioni (informativa integrale disponibile nell’apposita sezione Modulistica del sito dell’Ordine www.ordinemedicibelluno.it) in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti 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’Ente.

Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell’articolo 37 del GDPR, il Responsabile della protezione dei dati”, c.d. “Data Protection Officer” (“DPO”), i cui dati di contatto sono indicati nell’ informativa estesa art. 13 e 14 GDPR 679/16 reperibile nella apposita sezione Trasparenza del sito dell’Ordine e, disponibili anche consultando la Privacy Policy pubblicata nel sito.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa, presa integrale conoscenza del contenuto dell’informativa resa ai sensi dell’art. 13 e 14 del GDPR citato, dichiara di averne preso visione e di averne compreso in ogni sua parte il contenuto, anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____