

 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 - R1
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)



All' Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a _____
 nato/a a _____ prov. _____ il _____ residente
 a _____ prov. _____ Via/P.zza _____
 n. _____ CAP _____ Tel. _____ Cell. _____
 iscritto/a:

- ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI al n. _____
 ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI al n. _____

CHIEDE

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

- cessazione attività trasferimento all'estero

Ai sensi e per gli effetti del T.U.- DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- l'assenza di procedimenti penali pendenti
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all' ENPAM
- di essere informato/a, ai sensi del regolamento UE 2016/679, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e dati personali particolari e di esprimere consenso al trattamento dei medesimi sottoscrivendo l'allegata informativa.

Data _____ Firma* _____

(* la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Da allegare alla domanda: tessera di iscrizione all'Ordine.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DI DICHIARAZIONE NON VERITIERE

Gli iscritti che presenteranno domanda di cancellazione oltre il 31 dicembre saranno tenuti al pagamento della tassa annuale di iscrizione anche per l'anno successivo.

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FERRARA

Il/la sottoscritto/a _____ incaricato/a, attesta, ai sensi del DPR
28/12/2000 n. 445, che il/la dott./ dott.ssa _____
identificato/a mezzo _____ n. _____ rilasciato il _____
da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

Data _____ Firma del legalizzante _____



Ordine dei
Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di
FERRARA

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt.13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, l'OMCeO della provincia di Ferrara, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile al link "PRIVACY POLICY" del sito dell'Ordine - 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 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile al link "PRIVACY POLICY" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

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

Ferrara, lì _____

L'interessato al trattamento dei dati
(art. 4, comma 11, Reg. UE 2016/679)