

Marca da bollo

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
di TERNI

Il sottoscritto Dott. _____

nato a _____ il _____

cod. fiscale _____ residente a _____

Via _____ cap _____ Tel _____

e-mail _____ pec _____

iscritto all'Albo _____ dal _____

(indicare se Medici o Odontoiatri)

CHIEDE

La cancellazione dall'ALBO _____

(indicare se Medici o Odontoiatri)

CON DECORRENZA DALLA DATA DI CONSIGLIO

MOTIVO _____

(trascrivere la voce che interessa)

- rinuncia all'iscrizione
- trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto

A tal fine dichiara di:

DI NON ESSERE oppure **DI ESSERE** A CONOSCENZA DI PROCESSI PENALI IN ATTO PRESSO ORGANI GIURISDIZIONALI (*Pretura, Tribunale, Corte d'Appello, ecc.*)

DI NON ESSERE oppure **DI ESSERE** SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTO PER L'APPLICAZIONE DI UNA MISURA DI SICUREZZA (*in caso affermativo indicare gli estremi del processo – numero e autorità*)

DICHIARA ALTRESÌ DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DELLE TASSE ANNUALI DI ISCRIZIONE DOVUTE ALL'ORDINE COMPRESO L'ANNO IN CORSO e ALL'ENPAM .

Il sanitario pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il versamento dei contributi previdenziali. La presente dichiarazione viene resa sulla base di quanto a conoscenza del sottoscritto. Qualora dai controlli espletati da questo Ordine risultassero importi ancora da pagare, si impegna a saldare quanto dovuto.

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE.

Data _____

Firma _____

Tutti i campi (escluso indirizzo email o pec) dovranno essere obbligatoriamente compilati. Allegare fotocopia di documento di identità 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 Terni, 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./ssa _____,
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.

_____ li _____

(firma)

* * *

Il sottoscritt _____, quale incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_ tramite _____.

In fede.

_____ li _____
