

Marca da bollo da 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs.196/2003.

All'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di COMO

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

Iscritto/a all'Albo dei medici chirurghi di questa provincia al n. dal

Iscritto/a all'Albo degli odontoiatri di questa provincia al n. dal

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Medici chirurghi

Odontoiatri

per:

Rinuncia all'iscrizione

Cessato esercizio dell'attività professionale

Trasferimento all'estero

Altro motivo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000

di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso

di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Data

Firma _____