



# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI IMPERIA

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. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D.Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a .....

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

Il/la sottoscritto/a 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

dei medici chirurghi

degli 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 \_\_\_\_\_