

Marca da bollo
€ 14,62

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

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

Si informa che tali dati personali della 1° sezione sono trattati per la tenuta, aggiornamento pubblicazione degli elenchi speciali ai sensi della normativa di riferimento, attività connesse agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento di tali dati è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire l'informazione richiesta comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. I dati personali della 2° sezione sono facoltativi e sono raccolti su richiesta del medico e dell'odontoiatra. I dati sono trattati per: la tenuta e l'aggiornamento e la pubblicazione dell'Albo professionale ai sensi del DPR 221/1950, attività connesse agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. I dati personali sono comunicati e diffusi ai sensi dell'art.61, 2 comma, del D.Lgs,196/2003. Il trattamento dei dati 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 diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt.7 e 8 del D.Lgs.196/003.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di _____

Il/la sottoscritto/a Dott/ssa _____

Ricevuta oralmente l'informativa sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali, di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196\03 e s.m. e i., pubblicata sul sito web ed affissa nei locali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza

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 DPR 445/2000

- 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;
- Di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Potenza e di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento dei dati ai sensi del D.Lgs n. 196\03.

Data

Firma