

Marca  
da  
Bolli  
€ 16,00

## **DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Gorizia**

### **INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine [www.ordinemedici-go.it](http://www.ordinemedici-go.it) 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 GDPR, 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 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_,  
nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, in via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ contatti (mail e telefono/cellulare) \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi con numero d'Ordine \_\_\_\_\_  
iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri con numero d'Ordine \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

### **LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

- per rinuncia all'iscrizione
- per trasferimento all'estero

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R.445/2000), DICHIARA sotto la propria responsabilità di **non avere procedimenti penali in corso e di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM.**

Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B.: ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE E' OBBLIGATORIO RESTITUIRE IL TESSERINO DI ISCRIZIONE CHE LA SEGRETERIA PROVVEDERA' AD ELIMINARE.**

\*\*\*\*\*

**RISERVATO ALLA SEGRETERIA**

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000 che il/la Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario  
che riceve l'istanza