

(Bollo € 16,00)

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
**FERMO**

Il/la sottoscritto/a.....  
nato/a.....prov.....il.....  
residente a.....prov..... Via.....Tel.....  
C.F.....iscritto/a  
all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI con numero d'Ordine .....  
all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI con numero d'Ordine .....

**C H I E D E**

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46 per.....(specificare il motivo della cancellazione)

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28dicembre 2000 n.445)

**DICHIARA**

- L'assenza di procedimenti penali pendenti;
- Di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM

In attesa di un cortese cenno di riscontro, porge cordiali saluti.

Data.....

FIRMA

.....

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento Eu 679/2016, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Fermo con sede legale in Corso Cefalonia n.69 Fermo, titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di iscrizione. Il conferimento dei dati è necessario e in sua mancanza non potremmo realizzare le finalità su menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi. I suoi dati personali saranno trattati per la durata della sua iscrizione all'Albo e successivamente saranno conservati per assolvere ad obblighi di legge. I dati che non saranno diffusi, se non per rispondere ad obblighi normativi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il nostro Ente dovesse avvalersi per la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'Unione Europea, potrà inviare una mail all'indirizzo [segreteria@omceofermo.it](mailto:segreteria@omceofermo.it) .

La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [segreteria@omceofermo.it](mailto:segreteria@omceofermo.it) .

Data\_\_\_\_\_

Firma\_\_\_\_\_

**N.B. 1)- Fotocopia di un documento di riconoscimento con attestazione di copia conforme all'originale, datata e sottoscritta direttamente dal richiedente; 2)- Restituzione del tesserino rilasciato dall'Ordine;**