Marca da bollo Euro 16,00

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PADOVA

Il sottoscritto dott. _____ nato

Il _____ a _____ Residente in_____

_____CAP_____ Via _____n._____

regolarmente iscritto **all'Albo dei Medici Chirurghi** di questa provincia

al numero _____ dal _____

CHIEDE

la CANCELLAZIONE dal predetto Albo di questo Ordine a motivo:

_____

Dichiara sotto la propria responsabilità di **non avere procedimenti disciplinari e/o 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.

***ATTENZIONE**: Si informa che entro e non oltre i 90 giorni successivi alla data di cancellazione dall'Albo, l'Ordine provvederà alla chiusura della casella PEC se attivata in convezione con Aruba.*

In fede

Data_____

Firma

_____

(*) Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge ed è richiesta una copia di valido documento di identità personale.

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Padova, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine- 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 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile nell'apposita sezione Modulistica" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

****

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (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