

DOMANDA DI CANCELLAZIONE

marca da bollo da € 16,00

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, Legge 2/2009), 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.

All'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di A N C O N A

Il/La sottoscritto/a,

(cognome e nome)

- nato/a a prov.il

- codice fiscale

- residente in provcap.....

Via Tel..... cell.....;

-iscritto all'ALBO..... con il n°.....

ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46 CHIEDE

LA CANCELLAZIONE

dall'Albo dei Medici-chirurghi

dall'Albo degli Odontoiatri

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- di **non aver** procedimenti penali né disciplinari in corso;
- di **essere** in regola con il pagamento delle quota di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM.

data, _____

Il/La Dichiarante
(da apporre all'atto della sottoscrizione)

DALLA DATA DEL CONSIGLIO LA TUA CASELLA DI POSTA CERTIFICATA (P.E.C.) VERRA' DISABILITATA.

**AVVERTENZA:
IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

*Le istanze trasmesse per posta devono essere obbligatoriamente accompagnate
da una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità*

N.B.: In caso di cancellazione volontaria presentata da un iscritto dopo il 1° gennaio non si provvede alla restituzione della quota annuale, neppure in modo parziale (delibera consiliare n. 16/1995).