

**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE**

**ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI BELLUNO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

iscritto **all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di Belluno con numero  
d'iscrizione \_\_\_\_\_

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge  
15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre  
2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false  
attestazioni e mendaci dichiarazioni,

**CHIEDE**

la **CANCELLAZIONE DALL'ALBO**  DEI MEDICI CHIRURGHI  
 DEGLI ODONTOIATRI

di codesto Ordine per

**cessazione attività professionale**  **trasferimento all'estero**

**DICHIARA l'assenza di procedimenti penali pendenti.**

**RICHIESTE:**

**La disattivazione della propria Casella PEC attivata dall'Ordine**

DATA \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO D'IDENTITÀ IN CORSO DI VALIDITÀ**

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

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI BELLUNO**

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, **ATTESTA**, ai  
sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./ssa ..... identificato a  
mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza  
l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....

**INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI in** osservanza agli artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16 (“GDPR”), l’OMCeO della provincia di BELLUNO, in qualità di “ Titolare del Trattamento”, Le fornisce le informazioni (informativa integrale disponibile nell’apposita sezione Modulistica del sito dell’Ordine [www.ordinemedicibelluno.it](http://www.ordinemedicibelluno.it)) in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti nell’istanza 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’Ente.

Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell’articolo 37 del GDPR, il Responsabile della protezione dei dati”, c.d. “Data Protection Officer” (“DPO”), i cui dati di contatto sono indicati nell’ informativa estesa art. 13 e 14 GDPR 679/16 reperibile nella apposita sezione Trasparenza del sito dell’Ordine e, disponibili anche consultando la Privacy Policy pubblicata nel sito.

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa, presa integrale conoscenza del contenuto dell’informativa resa ai sensi dell’art. 13 e 14 del GDPR citato, dichiara di averne preso visione e di averne compreso in ogni sua parte il contenuto, anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_