

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Note informative:

SULLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE APPLICARE MARCA DA BOLLO DA € 16,00

Il modulo dovrà essere compilato e sottoscritto dal richiedente; in caso di incapacità o, comunque, di impossibilità alla compilazione ed alla sottoscrizione del modulo, tali incombenze dovranno essere svolte dal legale rappresentante del richiedente avendo cura di allegare una copia della procura, della sentenza di nomina di tutore o di curatore, ovvero una certificazione e copia del documento di identità, redatta ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 attestante la qualità di legale rappresentante, di tutore, di curatore e simili.

- Se la domanda è inviata per posta allegare fotocopia documento di identità in corso di validità.
- Allegare fotocopia ricevuta del pagamento della quota d'iscrizione dell'anno in corso (tributo 540/Ordine).
- Prima di procedere alla cancellazione, questo Ordine procederà all'accertamento dell'assenza di carichi pendenti (Non si può pronunciare la cancellazione dall'albo quando è in corso procedimento penale o disciplinare).
- Prima di procedere alla cancellazione, questo Ordine accerterà la regolarità nei pagamenti dei tributi 540/Ordine. (Non si può pronunciare la cancellazione quando risultino morosità dei tributi 540/Ordine).
- Per i pagamenti relativi a Enpam, l'iscritto è tenuto al versamento sino alla data di cancellazione dall'albo.
- Per cancellazione con decorrenza 31/12 presentare la domanda **entro e non oltre il 31 ottobre dell'anno in corso** (se spedita per posta farà fede la data del timbro postale).

I Sanitari dovranno presentare doppia richiesta se chiedono la cancellazione da entrambi gli Albi.

La domanda deve essere corredata dal tesserino/dei tesserini di iscrizione, in originale.

Si rammenta agli iscritti che la cancellazione in corso di anno comporta non solo il pagamento della quota ordinistica dovuta sino all'inizio dell'anno solare ma anche il versamento di quota dei contributi previdenziali dovuti a Enpam.

Per informazioni: 02 86471 402- 0286471 448 -0286471417

Marca da
bollo da
€16,00

**Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di Milano**

Il sottoscritto Dott _____

nato a _____ il _____

cod.fiscale _____

residente a _____

Via _____ cap _____

Tel _____ e-mail _____

iscritto all'Albo _____ dal _____

(indicare se Medici o Odontoiatri)

C H I E D E

La cancellazione dall'ALBO _____

(indicare se Medici o Odontoiatri)

CON DECORRENZA DALLA DATA DI CONSIGLIO

MOTIVO _____

(trascrivere la voce che interessa)

- rinuncia all'iscrizione
- trasferimento all'estero della residenza dell'iscritto

– Tutti i campi (escluso indirizzo email) dovranno essere **obbligatoriamente** compilati.

– Allegare fotocopia di documento di identità in corso di validità.

Data _____ FIRMA _____.

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05-04.1950 n. 211 e dalla ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. godimento dei diritti civili.

L'interessato dovrà conferire il numero di telefono, di fax, di posta elettronica semplice e certificata.

Tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, ad eccezione dell'indirizzo PEC, la cui divulgazione seguirà la normativa vigente.

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSI' COME INDICATO:

Data _____ Firma _____