

Marca da
bollo da
€14.62

**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 _____
(La data di cancellazione non potrà essere superiore a **TRE MESI** dalla data di
presentazione della presente domanda)

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.

E' in facoltà dell'interessato conferire il numero di telefono, di fax o di posta elettronica. In ogni caso tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi.

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 _____