

## TRASFERIMENTO RESIDENZA ALL'ESTERO

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Il/La sottoscritto/a

Cognome			
Nome			
Luogo di nascita		Provincia	
Data nascita		Codice Fiscale	
Telefono		Email	

dichiara, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445 e consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità, **di aver trasferito la propria residenza all'estero:**

Indirizzo			
Città			
Stato		Cap	

e in proposito comunica (barrare la voce che interessa):

- di voler **mantenere l'iscrizione all'Albo professionale italiano**, impegnandosi a versare regolarmente i tributi dovuti (tassa annuale di iscrizione all'Ordine e contributi ENPAM);
- di voler procedere alla **cancellazione dall'Albo professionale italiano**, dichiarando contestualmente di essere in regola con i tributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM, di non avere procedimenti disciplinari in corso e di non essere a conoscenza di essere attualmente sottoposto a procedimenti penali.

Il/La sottoscritto/a dichiara altresì di essere stato informato/a sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Spazio riservato all'Ufficio

Identificato con documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ e  
visto firmare.

L'impiegato addetto \_\_\_\_\_