

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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

Cognome
Nome

Il/La sottoscritto/a CHIEDE la cancellazione dall'Albo dei Medici Chirurghi e la contestuale iscrizione all'Albo degli Odontoiatri della provincia di Firenze e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, 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, DICHIARA:

Luogo di nascita Provincia

Data nascita Codice Fiscale

Codice ENPAM

attuale iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di Firenze al n. dal giorno

di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti

di essere stato informato 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 _____