

## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

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

Albo degli Odontoiatri

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

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'ENPAM

di non avere procedimenti disciplinari in corso

di essere     di non essere    a conoscenza di essere attualmente sottoposto a procedimenti penali

di consegnare, unitamente alla presente istanza, il tesserino di iscrizione all'Ordine (in caso di mancato possesso, consegnare dichiarazione di smarrimento o furto)

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* \_\_\_\_\_