

Domanda di cancellazione Albo Veterinari

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione – trasferimento-cancellazione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal GDPR EU 2016/679. Ai sensi dell'art. 13-14, Reg UE 2016/679; i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a Ordine Provinciale dei Medici Veterinari di Rovigo con sede in Via Silvestri, 6, -45100- Rovigo (RO).

All'Ordine Provinciale dei Medici Veterinari di Rovigo

Il/la sottoscritto/a Dott./Dr.ssa _____

Nato/a a _____ prov. _____ il _____

Residente a _____ cap. _____ prov. _____

in Via _____

iscritto/a all'ALBO DEI MEDICI VETERINARI con numero d'ordine _____ dal _____

CHIEDE

La **CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI VETERINARI di codesto Ordine, ai sensi dell'art.11 lettera d) del D.LCPS 233/46**

per:

- rinuncia all'iscrizione
- cessato esercizio dell'attività professionale
- trasferimento all'estero
- altro motivo

DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR445/2000

- di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- di essere in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAV

- firma-

Data _____

=====
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
VETERINARI DI ROVIGO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U. –
D.P.R. 28/12/2000 n.445, che il Dott./la Dr.ssa _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

Allegare copia documento d'identità