

ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DELLA PROVINCIA DI COMO

_ l _ sottoscritt _____

nat _ a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

via _____ n° _____

iscritt _ all'Albo Professionale degli _____ dal _____ al n° _____

CHIEDE LA CANCELLAZIONE DA CODESTO ALBO

A tal fine, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni o mendaci dichiarazioni sotto la sua personale responsabilità (art. 76 DPR 28/12/2000 n. 445)

DICHIARA

- ☐ di aver cessato l'attività professionale come dipendente pubblico o privato dal _____
- ☐ di non esercitare attività libero - professionale
- ☐ di non esercitare attività di volontariato
- ☐ di essere in regola con la quota di iscrizione dell'anno in corso

Allego:

- Tessera di riconoscimento dell'Ordine
- Fotocopia della Carta di Identità/CIE (solo per invio mezzo Raccomandata)

Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR):

I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR".

firma

data _____

MARCA DA
BOLLO
€ 16,00