

# DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

Allegare copia di un documento d'identità (1)

Marca da bollo da 16,00 euro

## ALL' ORDINE DEI MEDICI VETERINARI DELLA PROVINCIA DI BARI

Via Salvatore Quasimodo, 37/Q – 70126 BARI – Tel: 080 9758861 / 351 6260167

PEC: [ordinevet.ba@pec.fnovi.it](mailto:ordinevet.ba@pec.fnovi.it); E-mail: [segreteria@ordineveterinaribari.it](mailto:segreteria@ordineveterinaribari.it)

La /Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ C. F. \_\_\_\_\_  
nata/o a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) Stato \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_  
n.ro tel. cell. \_\_\_\_\_ iscritta/o all'Albo dell'Ordine in indirizzo al  
numero \_\_\_\_\_ dall'anno \_\_\_\_\_,

### CHIEDE LA CANCELLAZIONE

dall'Albo dell'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari per **"rinunzia all'iscrizione"** secondo quanto disposto dall'Art. 6, comma 1., lettera c) del D.Lgs.C.P.S. 13-9-1946 n. 233, e smi.

**A tal fine, ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28/12/2000 n°445, e successive modifiche ed integrazioni, la/il sottoscritta/o, consapevole delle sanzioni penali in cui può incorrere in caso di dichiarazioni non vere, di formazione o uso di atti falsi, previste agli art. 75-76 del citato D.P.R. n°445/2000,**

### DICHIARA

- 1) di non esercitare la professione di Medico Veterinario in Italia a far data dal \_\_\_\_\_;
- 2) di essere consapevole che *"la cancellazione ha efficacia in tutto il territorio nazionale"*;
- 3) di essere in regola con il pagamento delle tasse di iscrizione all'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari relative all'anno corrente e a tutti gli anni di iscrizione (\*);
- 4) di non avere in corso nessun procedimento penale o disciplinare (\*\*);
- 5) di essere informato ai sensi Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali, che i dati obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione all'Albo o la cancellazione dallo stesso sono raccolti e tenuti nella sede dell'Ordine, anche con strumenti informatici, in conformità al D.L.C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233 e al D.P.R. 5 aprile 1950 n. 221 e loro smi, al solo fine dell'espletamento dei compiti previsti dalla normativa e di essere a conoscenza che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento di cancellazione dall'Albo dell'Ordine per il quale la presente dichiarazione è resa ed autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili così come presenti presso l'Ordine dei Medici Veterinari della Provincia di Bari ai sensi del Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali" e del Regolamento UE 679/2016 (GDPR).

Firma \_\_\_\_\_ (1)

(\*) In difetto della regolarità del versamento delle tasse di iscrizione all'Albo la domanda di cancellazione non potrà essere accolta.

(\*\*) "Non si può pronunciare la cancellazione quando sia in corso procedimento penale o disciplinare."

(1) La sottoscrizione non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza dell'addetto alla ricezione della domanda, (previo accertamento dell'identità della persona che sottoscrive) ovvero se la stessa è presentata allegando copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.