



**MODALITA' PER PRESENTARE REGOLARE DOMANDA DI CANCELLAZIONE
DALL'ALBO DELL'ORDINE DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE DI PADOVA.**

1 – DOMANDA DI CANCELLAZIONE (in carta legale ai sensi di legge) CONTESTUALE AD AUTOCERTIFICAZIONE nella quale si dichiara di non svolgere più attività infermieristica.

(MODULO ALLEGATO)

DA ALLEGARE ALLA DOMANDA:

- a) **TESSERA DI RICONOSCIMENTO** rilasciata al momento dell'iscrizione all'Albo.
- b) **FOTOCOPIA DELLA RICEVUTA RELATIVA AL PAGAMENTO DELLA QUOTA DELL'ANNO IN CORSO**

**LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVE PERVENIRE ALL'ORDINE
INDEROGABILMENTE ENTRO IL 15 NOVEMBRE DELL'ANNO IN CORSO
DOPO TALE TERMINE IL CONSIGLIO DIRETTIVO, ESAMINATA LA
RICHIESTA, NE DELIBERA LA CANCELLAZIONE A TUTTI GLI EFFETTI PER
L'ANNO SUCCESSIVO.**

Si ricorda di apporre sulla domanda la marca da bollo da € 16,00

**L'Ordine provvederà a comunicare l'avvenuta cancellazione
all'interessato ed a tutte le autorità ed enti competenti.**

Marca da bollo
€ 16,00

AL PRESIDENTE
ORDINE DELLE PROFESSIONI
INFERMIERISTICHE DI PADOVA
VIA G.ROSSA, 35
35020 PONTE S. NICOLO' (PD)

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____ residente a CAP _____ CITTA' _____

Via _____ tel. _____

iscritto/a all'Albo degli Infermieri Infermieri Pediatrici

con numero di matricola _____

CHIEDE

la cancellazione dall'Albo per i seguenti motivi

A tal fine ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 28/12/2000 N. 445 e s.m.i.

DICHIARA

DI NON SVOLGERE PIÙ ATTIVITÀ INFERMIERISTICA.

- Allega:
- 1 Tessera di riconoscimento
 - 2 Copia della ricevuta pagamento quota anno in corso

Con osservanza.

data _____

Firma _____

Informativa sul trattamento di dati personali (Artt. 13-14 Regolamento Europeo n. 679/2016 – D.lgs. n. 196/2003 novellato dal D.lgs. n. 101/2018)

In questo spazio non riusciamo a comunicarVi l'informativa relativa ai trattamenti che Vi riguardano ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/2016 ma brevemente vi informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento da parte degli incaricati della Scrivente esclusivamente ai fini di elaborazione ed analisi, comunicazioni agli Enti pubblici o privati per rispettare gli obblighi di legge o per avviare attività formative (vedere informativa estesa privacy messa a Vs. disposizione presso la ns. segreteria). Essi saranno conservati su supporto cartaceo ed elettronico per il periodo necessario per l'espletamento delle pratiche relative al servizio e comunque non oltre i termini di legge. E' possibile in qualsiasi momento prendere visione dei dati raccolti, chiederne la rettifica o revocare il consenso ove previsto, presentare reclamo all'autorità di controllo (Garante Privacy). Il titolare del trattamento dati è l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Padova al quale è possibile rivolgersi per ottenere/visionare l'informativa estesa nonché per esercitare i diritti di cui agli articoli da 15 a 22 e/o per eventuali chiarimenti in materia di tutela dati personali. Il Titolare del trattamento ha nominato Responsabile delle Protezione dei Dati il Sig. Nicola Ghinello che può essere contattato ai seguenti recapiti: telefono +39 348 3165267, e-mail: nicola.ghinello@dpo-rpd.com.

Il sottoscritto _____ esprime il consenso affinché il Titolare proceda al trattamento dei propri dati personali nelle modalità e per le finalità indicate nell'informativa.

Il consenso qui espresso ha validità fino a contraria comunicazione scritta e firmata del sottoscritto.

Data

.....
(firma leggibile)