Marca da bollo € 16,00

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO

All'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Fermo
Via Liguria n 5
63900 Fermo

IL/La Sottoscritto/a_____

nato/a a_____Il _____

residente a_____

Via/Piazza _____n°_____

E-mail _____ tel- _____

regolarmente iscritto/a presso codesto Ordine dal _____ al numero posizione_____ in qualità di

_____

CHIEDE

La cancellazione dall'albo Professionale in quanto

_____

(indicare OBBLIGATORIAMENTE la motivazione e, se trattasi di pensionamento, la data dello stesso e l'Ente presso cui si lavorava) cessa l'esercizio della professione infermieristica o ASV o VI sotto qualsiasi forma. Inoltre assicuro di non svolgere avvenire alcuna prestazione infermieristica sia a livello libero professionale, sia quale lavoratore dipendente nell'ambito dei rapporti di lavoro subordinato pubblico o privato, sia di volontariato.

Firma

Fermo, li _____ _____

N.B. La Firma va apposta all'Ordine in presenza dell'impiegato/a
(Esente da autentica di firma ai sensi dell'art. 38 del DPR 28/12/00 n. 445)

N.B. La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso, ma solo per l'anno successivo se presentata prima dell'emissione dei ruoli nel mese di Dicembre, così come deliberato dal Consiglio Direttivo.
Non può essere chiesta la cancellazione prima della collocazione effettiva in quiescenza.

ALLA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVE ESSERE ALLEGATO:

- TESSERINO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO

- COPIA DELLA RICEVUTA DEL PAGAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO RELATIVA ALL'ANNO CORRENTE
- UNA MARCA DA BOLLO DA EURO 16,00

AUTORIZZAZIONE ALL'USO DEI DATI IN APPLICAZIONE DEL REG. UE 679/2016.

Io sottoscritt _____

Codice fiscale: _____

dichiaro di aver ricevuto, letto e compreso l'informativa sull'uso dei miei dati personali e, a tal fine, essendomi stato espressamente ed esaustivamente spiegato ogni punto della medesima ed avendo io integralmente compreso tutto quanto in essa contenuto, privo di qualsiasi dubbio in merito,

A U T O R I Z Z O

l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it, all'utilizzo dei miei dati, anche sensibili e/o giudiziari, limitatamente a quanto necessario per l'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami;

□ Presto il consenso
□ Nego il consenso

al trattamento e conservazione, nei propri archivi cartacei e informatici, dei dati necessari all'effettuazione dei servizi indicati della nota informativa consegnatami, anche a mezzo di trattamenti automatizzati compresa la profilazione al fine di individuare e offrire servizi più adatti alle mie esigenze;

□ Presto il consenso
□ Nego il consenso

alla ripresa audio-visiva di immagini durante lo svolgimento dei corsi, nonché allo scatto di foto e conseguente eventuale pubblicazione sul sito internet dell'Ordine e/o di altro genere sempre comunque inerente l'ambito dei servizi da esso svolti;

PRESTO IL CONSENSO

a che l'Ordine delle Professioni Infermieristiche di FERMO, con sede in FERMO alla via Liguria n. 5, P. Iva: 02088540444, Tel: 0734612004, email: info@opifermo.it , ponga in essere le attività sopra descritte e per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento.

Fermo lì

Firma per rilascio del consenso: _____