

All'Ordine dei Medici Veterinari

della Provincia di Milano

Marca da bollo

€ 16.00

Il/La sottoscritto/a dr./dr.ssa

codice fiscale

nata/o a.....Provincia.....il.....

residente aVia.....Prov.....C.a.p.....

recapiti telefonici.....

indirizzo mail.....

Medico Veterinario iscritto a codesto Ordine al numerodal

CHIEDE

DI ESSERE CANCELLATA/O per

dall'Albo dei Medici Veterinari di questa provincia a far data dalla prima riunione del Consiglio Direttivo.

Allegare: Tessera di iscrizione

Milano, _____

FIRMA _____

Ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 (di seguito "Codice Privacy") e dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 (di seguito "GDPR 2016/679"), recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarla che i dati personali obbligatoriamente richiesti per l'iscrizione nell'Albo sono raccolti e detenuti nella sede dell'Ordine, in conformità al D.L.C.P.S. 13/09/1946, n. 233 e al DPR 05/04/1950, n. 221 e formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è tenuta il Consiglio Direttivo dell'Ordine dei medici veterinari di Milano.

Firma

Il Presidente

Riservato alla segreteria

Data delibera di cancellazione: _____

RISERVATO ALLA SEGRETERIA (NON COMPILARE)

INVII EFFETTUATI DA SEGRETERIA

COMUNICAZIONI	DATA SPEDIZIONE	PROT. N.	MODULO INVIO
FNOVI			On line
MINISTERO SALUTE			PEC

PEC	
SEND mail e pec	
CELLULARE	