

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE TRASFERIMENTO RESIDENZA ALL'ESTERO

(Artt. 46 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Via Cavour 71/b
07100 Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____;
residente a _____ prov. _____ cap _____
in via _____;
Tel. (dato facoltativo) _____ Cell. (dato facoltativo) _____;
e-mail (dato facoltativo) _____
iscritto all'Albo _____ con numero d'ordine _____

DICHIARA

di aver trasferito la propria residenza all'estero al seguente indirizzo:

Città _____ CAP _____ Stato _____

di eleggere il proprio domicilio postale a _____

presso _____

in via _____ città _____ cap _____

e a tal proposito comunica (*barrare una delle voci di seguito indicate*)

di voler mantenere l'iscrizione all'Albo professionale di codesta provincia, impegnandosi a versare regolarmente la
tassa annuale di iscrizione all'Ordine e i contributi dovuti all'ENPAM;

di voler procedere alla cancellazione dall'Albo professionale di codesta provincia, dichiarando contestualmente di
essere in regola con i pagamenti della tassa di iscrizione all'Ordine e con i contributi dovuti all'ENPAM, di non
aver procedimenti disciplinari in corso e di non essere a conoscenza di essere sottoposto/a a procedimenti penali.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di
dichiarazioni mendaci, e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento
emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 del D.P.R.
445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale
conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16
(GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito
alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

Sassari, li _____

Firma _____

**Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di
un documento di riconoscimento in corso di validità.**