

Marca da bollo da  
Euro 16,00

Al Sig. Presidente dell' OMCeO  
di Piacenza

Il/la ..... sottoscritto/a ..... Dott. / Dott.ssa

in qualità di Legale Rappresentante della STP denominata

con sede in ..... Via

Iscritta nella sezione speciale dell'Albo delle Società tra Professionisti presso l' OMCeO Piacenza dal

al n..... di iscrizione

**COMUNICA**

la cessazione della stessa a far data dal

**CHIEDE**

la cancellazione dall'Albo delle Società tra Professionisti istituita presso codesto Ordine.

**DICHIARA**

sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali ai sensi degli artt. 75 e 76 del DPR 445/2000 :

- 1) di non avere procedimenti penali né disciplinari in corso
- 2) di essere in regola con il pagamento della quota di iscrizione STP all'Ordine

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

*La presente informativa viene resa in adempimento del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Regolamento europeo 2016/679) come adeguata all'ordinamento giuridico italiano dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.*

*Il Titolare del trattamento, ovvero l'ente che assume le decisioni in merito alle modalità e alle finalità del trattamento, è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Piacenza, con sede in Piacenza, Via San Marco n. 27, CAP 29121, tel. 0523 323848, indirizzo mail [info@ordinemedici.piacenza.it](mailto:info@ordinemedici.piacenza.it), PEC [segreteria.pc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pc@pec.omceo.it)*

*Il Responsabile per la protezione dati (RPD) è contattabile ai recapiti del Titolare e via mail al seguente indirizzo: [dpo@ordinemedici.piacenza.it](mailto:dpo@ordinemedici.piacenza.it)*

*I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo vengono trattati per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (D.Lgs. CPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di ottemperare all'istanza presentata.*

*I dati da Lei forniti possono essere comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Regolamento europeo privacy 2016/679 come adeguato alla normativa italiana dal d.lgs. 101/2018. Essi verranno trattati sia utilizzando mezzi informatici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei e saranno conservati per la durata prevista dalle vigenti normative.*

*Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 15 del Regolamento europeo (Diritti di accesso dell'interessato), rivolgendosi al Titolare come sopra individuato.*

*La informiamo inoltre che Lei ha diritto di proporre un reclamo all'Autorità di controllo ovvero l'autorità per la protezione dei dati personali nazionale o di qualunque altro paese dell'Unione Europea.*

Data .....

FIRMA .....

ALLEGA : copia visura Camera di Commercio, dal quale risulti la cessazione