

Apporre marca da bollo € 16,00

L'imposta è a carico del richiedente o del destinatario del certificato, che devono procedere all'annullamento ai sensi dell'art. 12 del D.P.R. ottobre 1972, n. 642

**Al Presidente dell'Ordine TSRM PSTRP di Bologna**

Indirizzo: Galleria Ugo Bassi, 1 - 40121 Bologna

C.F. 80080390372 – Tel. 051 008 1168

Email: [bologna@tsrm.org](mailto:bologna@tsrm.org) – PEC: [bologna@pec.tsrm.org](mailto:bologna@pec.tsrm.org)

Sito web: <https://bolognatsrmpstrp.it/>

## RINUNCIA ESERCIZIO PROFESSIONE

ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445

### NORME PER LA CANCELLAZIONE

La cancellazione non esime dal pagamento della quota annuale di iscrizione per l'anno in corso anche se presentata il 2 gennaio. Ricevuta la comunicazione e verificata la documentazione il Consiglio Direttivo delibererà la cancellazione ed informerà l'interessato/a. Si ricorda che saranno accettate esclusivamente le domande di coloro i quali risultino in regola con i pagamenti delle quote annuali. Per completare la domanda è necessario allegare la copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale. Per coloro in quiescenza, allegare copia del decreto di collocamento a riposo. L'iter procedurale richiederà circa 1 mese.

Si precisa che una volta cancellati per iscriversi nuovamente si dovrà seguire l'iter come se fosse una prima iscrizione (Incluse Tassa governativa e Quota Annuale Ordine). La reinscrizione comporta che il professionista sanitario riproponga integralmente una nuova domanda, producendo nuova documentazione e ottenendo un nuovo numero di iscrizione e nuova data. L'eventuale esercizio professionale svolto nel periodo di cancellazione fino alla reinscrizione comporta esercizio abusivo della professione, penalmente rilevante ai sensi dell'art. 348 C.P.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

residente in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

***N.B. TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI – NON SARANNO PRESE IN CARICO DOMANDE CON DATI PARZIALI O MANCANTI***

Valendomi delle disposizioni di cui all'art. 4 e 26 della legge 04/01/1968 n° 15 e consapevole delle pene stabilite per le false attestazioni e le mendaci dichiarazioni degli art. 483, 495 e 496 del Codice penale,

### DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità, di non esercitare più la professione sanitaria di

a partire dal \_\_\_\_\_ (giorno/mese/anno) per:

**Ordine TSRM PSTRP della Provincia di Bologna**

Galleria Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna (BO)

C.F. 80080390372 – Tel. 0510081168

Email: [bologna@tsrm.org](mailto:bologna@tsrm.org) - PEC: [bologna@pec.tsrm.org](mailto:bologna@pec.tsrm.org) - Sito web: <https://bolognatsrmpstrp.it/>

quiescenza

(fornire il documento di collocamento a riposo ricevuto dall'INPS)

cessata attività professionale

(presentare la dichiarazione trasmessa al competente ufficio dell'Agenzia delle Entrate)

rinuncia volontaria

altro ( \_\_\_\_\_ )

Inoltre, dalla stessa data sopraindicata, il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

- dichiara di cessare l'esercizio della professione sanitaria sotto qualsiasi forma, e assicura inoltre di non svolgere, a venire, alcuna prestazione sanitaria, sia come dipendente, sia a livello libero-professionale, sia come volontariato, senza prima aver presentato una nuova domanda di iscrizione all'Albo di competenza ed essere stato/a effettivamente iscritto/a con Delibera del Consiglio Direttivo;
- afferma di essere consapevole che, se possessore di una casella di posta elettronica certificata (PEC) attivata in convenzione con l'Ordine TSRM PSTRP di Bologna con dominio "*nome.cognome@pec.tsrmpstrp.org*", questa verrà disabilitata non appena la cancellazione sarà effettiva, e di dover quindi provvedere, in autonomia, a salvare tutte le comunicazioni che non desidera vadano perse;
- dichiara di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

#### TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

L'Ordine TSRM PSTRP di Bologna tratta i dati raccolti con la presente domanda di cancellazione in base a un obbligo di legge. Il conferimento dei dati è obbligatorio e un eventuale rifiuto impedisce l'accoglimento della domanda di cancellazione. Il trattamento dei dati conferiti dall'interessato avviene esclusivamente per le finalità per le quali sono stati raccolti e in conformità ai principi e alle regole stabilite dal Regolamento UE 2016/679 e dal d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, come modificato dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.

Il titolare del trattamento è l'Ordine TSRM PSTRP di Bologna, nella persona del Presidente e legale rappresentante, Dott. Giancarlo Lucchi.

Il Responsabile della protezione dati (DPO) è l'Avv. Ilaria Duccilli. Gli interessati hanno diritto di ottenere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento (UE) 2016/679 hanno diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo, ai sensi dell'art. 77 del Regolamento, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

Data \_\_\_\_\_

In fede (firma autografa)

**N.B.** Dichiarazione resa e sottoscritta da persona maggiorenne che è già a conoscenza delle proprie responsabilità penali in caso di dichiarazioni false secondo quanto disposto dall'art.26 della legge15/68

---

**Ordine TSRM PSTRP della Provincia di Bologna**

Galleria Ugo Bassi, 1 – 40121 Bologna (BO)

C.F. 80080390372 – Tel. 0510081168

Email: [bologna@tsrm.org](mailto:bologna@tsrm.org) - PEC: [bologna@pec.tsrmpstrp.org](mailto:bologna@pec.tsrmpstrp.org) - Sito web: <https://bolognatrmpstrp.it/>