## DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI CONSULENTI DEL LAVORO DI FIRENZE

BOLLO

€ 16,00

 Al

 **Consiglio Provinciale**

 **Ordine dei Consulenti del Lavoro**

 Viale Belfiore, 15

 **50144 Firenze**

Domanda di cancellazione dall'Albo dei Consulenti del Lavoro di Firenze

il/la sottoscritto/a nato/a a  () il  residente a  (), Via/Piazza tel , e-mail , Pec: **,** Codice Fiscale: ,

Iscritto all’Ordine dei Consulenti del Lavoro di Firenze al n°  dal

# c h i e d e

di essere cancellato dall'Albo Provinciale dei Consulenti del Lavoro di Firenze dal:\*

per   scrivere la motivazione

(vd. art. 10 legge 12/79)

# ALLEGA I SEGUENTI DOCUMENTI

* Documento Unico Iscrizione (in caso di smarrimento o furto è necessario allegare copia della relativa denuncia)

Data  Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dichiaro di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all’art. 13 della legge 196/2003 e successive integrazioni/modifiche, *in ottemperanza al GDPR regolamento U.E. 679 del 2016*  che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell’ambito del procedimento per il quale la presente domanda viene resa.

 Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\**La decorrenza:*

1. *Dalla data indicate espressamente dal consulente, nel qual caso la medesima dovrà essere contemporanea.*
2. *Dalla data di assunzione della delibera, del Consiglio Provinciale o del Presidente, se la domanda dell’iscritto è generica, senza cioè l’indicazione di una specifica data.*
3. *Dalla data della insorta incompatibilità, nel caso di incompatibilità sopravvenuta all’iscrizione.*