

RICONSEGNA SIGILLO PROFESSIONALE e/o TESSERINO

**Al Presidente del Collegio
Provinciale dei Geometri e
Geometri Laureati di Roma
Piazzale di Val Fiorita, 4/F
00144 ROMA (RM)**

Il sottoscritto Geom. _____ n.° Iscrizione Albo _____
nato a _____ Pr. (_____) il _____ / _____ / _____
C.F.: _____ residente in _____
Pr. (_____) Via _____ n.° _____ cap _____
P.E.C.: _____ E-mail: _____
Tel.: _____

DICHIARA

di aver consegnato in data odierna il sigillo professionale decaduto

Allega alla presente:

- ☐ copia del certificato di chiusura della Partita I.V.A.
- ☐ modello 3/03 Cassa Geometri – Cancellazione Cassa – Autocertificazione di cessazione dell'attività autonoma di libera professione di Geometra
 - ☐ dichiarazione datore di lavoro prevista dal modello 3/03 Cassa Geometri per i dipendenti di aziende, enti o società

Dichiara di aver preso visione [dell'informativa sul trattamento dei dati personali](#) ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

Clausola sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR)
I dati personali conferiti con il presente modulo, già acquisiti o di nuova raccolta, sono trattati dall'Ordine Professionale in qualità di Titolare del trattamento esclusivamente per le medesime finalità istituzionali per le quali è stata resa l'informativa ai sensi dell'art. 13 del GDPR in sede di iscrizione all'Albo. Il trattamento avviene nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza, con modalità cartacee e/o informatiche, e nel rispetto delle misure di sicurezza previste dalla normativa vigente. L'interessato conserva i diritti previsti dagli articoli 15 e seguenti del GDPR

Data, _____ / _____ / _____

(firma)

Si comunicano gli estremi del Responsabile del procedimento: Sig.ra D'Andrea Stefania, Tel.: 0654225490
e-mail: segreteria@georoma.it