

**Al Presidente del Collegio Prov.le dei Geometri
e Geometri Laureati di Pescara
Via della fornace Bizzarri n°5 65128 Pescara**

Il sottoscritto Geom. _____ nato a _____
Pr. _____ il ____ / ____ / ____ residente in _____
Via _____ n.° ____ cap _____ tel. ____ / _____
C.F. _____ n.° iscriz. Albo _____
E-mail _____

**CHIEDE
LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROFESSIONALE**

A tale proposito, consapevole che la cancellazione decorrerà dalla data di presentazione della presente istanza,
DICHIARA
Di essere in possesso / non essere in possesso della Firma Digitale rilasciata dalla Cassa Italiana di Previdenza ed
Assistenza Geometri in convenzione con Aruba Spa.

(In caso di possesso, unitamente alla presente domanda di cancellazione, deve essere consegnato
anche modulo di "revoca certificato firma/autenticazione" allegato qui di seguito)

Alla domanda allega:

Tesserino professionale (ovvero dichiarazione di smarrimento resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R.
445/2000)

Sigillo professionale (ovvero denuncia di smarrimento resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000)

Copia del documento d'identità
Pescara, lì

firma

----- **PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO** -----

La presente domanda è stata presentata in data _____

A seguito di verifica contributiva risulta:

L'iscritto risulta in regola con il versamento delle quote contributive

Non risultano versate le quote contributive e relative indennità di mora per gli anni

ATTENZIONE – In caso di mancata regolarità nel versamento delle quote contributive si comunica che l'istanza di cancellazione dovrà essere integrata, entro 30 giorni, della documentazione attestante l'avvenuto pagamento delle quote risultanti scoperte.

Decorso inutilmente tale termine si provvederà a dare mandato all'Ente esattore per il recupero degli importi dovuti con conseguente aggravio dei relativi diritti.

N.B.: la cancellazione dall'Albo comporterà la chiusura della propria casella di posta elettronica certificata geopec. Pertanto si consiglia di salvarne il contenuto al fine di non perderne i dati.

IL RESPONSABILE SETTORE SEGRETERIA

IL PROFESSIONISTA



**COLLEGIO GEOMETRI E GEOMETRI LAUREATI
DELLA PROVINCIA DI PESCARA**

Oggetto: Informativa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 e D. Lgs. 101/2018 che apporta modifiche e integrazioni al D. Lgs: 196/2003- ISCRITTI

Il Titolare del trattamento, geometra Domenico Sciarretta, in qualità di Presidente del Collegio Geometri e Geometri Laureati della Provincia di Pescara informa che, per l'instaurazione e l'esecuzione dei rapporti con Voi in corso:

1. il titolare del trattamento dei dati è il sig. Domenico Sciarretta, reperibile presso la sede legale Via della fornace Bizzarri n°5 65128 Pescara 085 4222042;
2. il responsabile del trattamento dei dati è il sig. Domenico Sciarretta reperibile presso la sede legale Via della fornace Bizzarri n°5 65128 Pescara 085 4222042
3. il responsabile della protezione dei dati è il sig. Domenico Sciarretta reperibile presso la sede legale Via della fornace Bizzarri n°5 65128 Pescara 085 4222042
4. i dati sono trattati esclusivamente per finalità connesse e strumentali all'instaurazione ed all'esecuzione del rapporto di cui Voi siete parte e più precisamente:
 - a. e per finalità amministrative e di applicazione del Codice di Deontologia Professionale dei Geometri;
 - b. gestione iscrizioni, pubblicazione, modifiche, cancellazioni all' Albo Nazionale Professionale dei Geometri e dei Geometri Laureati;
 - c. gestione iscrizioni, modifiche, cancellazioni all' Albo Praticanti;
 - d. adempimenti relativi all'abilitazione all'esercizio della libera professione di Geometra e di Geometra Laureato;
 - e. adempimento degli obblighi relativi alla formazione professionale continua;
 - f. adempimento di obblighi contabili, tributari e fiscali;
 - g. gestione CIP.AG. (Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri liberi professionisti);
 - h. pagamento quote associative;
 - i. adempimenti relativi al rilascio di parere di congruità della prestazione professionale.
5. i dati sono raccolti e trattati esclusivamente per le finalità innanzi indicate e per il perseguimento del legittimo interesse del titolare, in modo lecito e secondo quanto stabilito dall'art. 6 del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i.;
6. in caso di mancato rispetto del Codice di Deontologia Professionale dei Geometri l'iscritto potrà incorrere in sanzioni disciplinari che potrebbero comportare la cancellazione dall' Albo Nazionale Professionale dei Geometri e dei Geometri Laureati;

i dati personali verranno trattati nell'ambito Collegio Geometri e Geometri Laureati della Provincia di Pescara. Il conferimento dei dati stessi è obbligatorio per tutto quanto è richiesto dal Codice di Deontologia Professionale dei Geometri, dagli adempimenti di legge connessi a norme civilistiche, fiscali, contabili, tributarie e dalla gestione amministrativa, e pertanto l'eventuale rifiuto di conferire i dati personali da parte dell'Interessato comporta l'impossibilità, per lo stesso, di usufruire dei servizi richiesti. I dati potranno essere comunicati e verranno osservate tutte le disposizioni di legge vigenti provvedendo ad ottenere il Vostro preventivo espresso consenso ove prescritto alle seguenti categorie di soggetti:

- a. Consiglio Nazionale dei Geometri e dei Geometri Laureati;

Allegato A: Informativa e consenso Iscritti

- *Autorità giudiziaria;*
- *CIPA.G (Cassa Italiana di Previdenza e Assistenza dei Geometri liberi professionisti);*
- *Enti, Ministeri ed Istituzioni pubbliche;*
- *Privati che ne fanno esplicita richiesta;*
- *Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco;*
- *Uffici Speciali;*
- *Professionisti, consulenti. e piattaforme telematiche per lo svolgimento delle attività istituzionali del Collegio.*



**COLLEGIO GEOMETRI E GEOMETRI LAUREATI
DELLA PROVINCIA DI PESCARA**

7. i dati personali verranno trattati e conservati per tutta la durata dei rapporti istituzionali instaurati e anche successivamente per l'espletamento di tutti gli adempimenti in capo al Collegio;
8. i dati personali raccolti non saranno trasferiti verso paesi terzi o organizzazioni internazionali;
9. l'interessato può esercitare il diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che lo riguardano o di opporsi al trattamento ed il diritto alla portabilità dei dati, ai sensi degli artt. 15, 16, 17, 18, 19, 20 del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i.;
10. l'interessato può esercitare il diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, secondo quanto previsto dall'art. 7 del Regolamento UE 2016/679 e s.m.i.;
11. l'interessato può esercitare il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo;
12. i dati personali raccolti sono stati comunicati al titolare del trattamento dall'interessato e, esclusivamente per finalità amministrative, da Enti ed Istituzioni .
13. i dati personali raccolti sono stati comunicati al titolare del trattamento dall'interessato e, esclusivamente per finalità amministrative, da Enti ed Istituzioni .

Consenso (art. 7 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 e s.m.i.)

Per il trattamento e/o comunicazione di dati personali di cui ai punti 4, 5, 6, 7, 8, 9:

Esprimo il consenso

Non esprimo il consenso

L'interessato ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento.

Si allega copia di un documento in corso di validità.

Data ____/____/20__

Firma

REVOCA CERTIFICATO FIRMA / AUTENTICAZIONE
DA COMPILARE IN STAMPATELLO a cura del titolare o del terzo interessato

Il modulo è da compilare in tutte le sue parti. In mancanza dei dati richiesti, la richiesta non potrà essere accolta.

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____
A _____ Prov. (____) codice fiscale _____
Residente a _____ CAP _____
Prov. (____) in via/piazza _____ nr° _____
Telefono _____ email _____@_____

in qualità di

Titolare Terzo interessato

del servizio di Firma Digitale/Firma Remota, il cui relativo certificato riporta i seguenti dati
[completare la voce di interesse]:

Dati certificati **Firma Digitale**

Seriale certificato firma* _____

Seriale Smart Card** / data di inizio validità _____
[**riportare il numero presente sulla Smart Card]

1

Solo in caso di richiesta presentata dal terzo interessato indicare il titolare del certificato per cui si chiede la revoca:

Nome titolare _____

Cognome titolare _____

Codice fiscale _____

**Per recuperare il seriale certificato firma:*

1. aprire il software Aruba Sign;
2. trascinare un documento firmato digitalmente con il certificato da revocare su "verifica" e fare doppio clic sul certificato (contrassegnato da nome cognome);
3. sulla pagina "Dettagli" il codice sarà visualizzato sotto la voce: "Numero seriale".

 Firma Remota

Username _____

Seriale Token** / data di inizio validità _____
[**riportare il numero presente sul Token (escluso otp mobile)]

Solo in caso di richiesta presentata dal terzo interessato indicare il titolare del certificato per cui si chiede la revoca:

Nome titolare _____

Cognome titolare _____

Codice fiscale _____

consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione od uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, ed ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del predetto D.P.R.,

dichiara

che le informazioni fornite per la compilazione del presente modulo, sono veritiere ed esattamente corrette e **chiede**

la revoca dei certificati per uno dei seguenti motivi [barrare o completare la voce di interesse]:

- Compromissione della chiave privata (es. smarrimento, furto).
- Guasto del dispositivo di firma.
- Cessazione dell'attività.
- Sopravvenuta modifica dei dati personali o altri dati riportati sul certificato (indicare i dati anagrafici non validi presenti nel certificato):

- Modifica o termine dei rapporti tra la organizzazione (terzo interessato) ed il titolare del certificato.
- Cessazione del titolo o della carica o del ruolo inerente i poteri di rappresentanza o la qualifica professionale in virtù del quale il certificato è stato rilasciato.
- Accertamento di una avvenuta violazione degli obblighi incombenti sul richiedente e/o sul titolare del certificato.
- Richiesta proveniente dall'Autorità giudiziaria.
- Decesso.
- Altro motivo _____

Luogo _____ **Data** _____ **Firma (timbro)** _____

2

Manifestazione del consenso al trattamento dei dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso attenta visione dell'Informativa resa da Aruba S.p.A. ed Aruba PEC S.p.a. ai sensi dell'Art. 13 del Regolamento (UE) n. 2016/679 ("GDPR") e disponibile al link https://www.aruba.it/informativa_arubaspa.pdf, e di rilasciare il proprio consenso al trattamento dei dati personali per le finalità ivi indicate finalizzate alla corretta esecuzione delle obbligazioni contrattuali. Il Cliente dichiara, altresì, di essere consapevole che in mancanza di rilascio del consenso a tale trattamento potranno trovare applicazione le disposizioni indicate nella predetta Informativa.

Luogo _____ **Data** _____ **Firma (timbro)** _____

Si allega:

- **Copia documenti di identità del titolare o del terzo interessato in corso di validità.**
- **In caso di richiesta di revoca certificato di Firma per decesso intestatario, allegare copia del certificato di morte.**

Aruba PEC si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione.