

Domanda di iscrizione per trasferimento da altro Albo Professionale

marca
da
bollo

Al Signor PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO PROFESSIONALE _____ di codesto Ordine.
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. ____ il _____
- codice fiscale _____;
- (barrare la casella interessata)
- di essere residente a _____ prov. ____
in via _____, Tel. _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. ____
in via _____, Tel. _____;
- di essere domiciliato a _____ prov. ____
in via _____, cell. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. ____;
- qualifica professionale _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di essersi immatricolato al corso di laurea nell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in _____ il _____
(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)
presso l'Università degli Studi di _____ con votazione finale ____ / ____;
- di aver conseguito la laurea abilitante in _____ il _____ presso
(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)
l'Università degli Studi di _____ con votazione finale ____ / ____;
- di aver acquisito il giudizio di idoneità in merito al tirocinio pratico-valutativo svolto post laurea;
- di aver svolto il tirocinio all'interno del corso di studi e di aver conseguito la valutazione del tirocinio pratico-valutativo;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione 1^a 2^a _____
(barrare) anno _____
presso l'Università degli Studi di _____ con votazione finale ____ / ____;
- di aver ottenuto il riconoscimento del titolo denominato " _____"
rilasciato in data _____ dall'Università degli Studi di _____, dal
Ministero della Salute con Decreto del _____ - DGPROF _____;
- di essere iscritto all'Albo provinciale _____ di _____;
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)
- e precedentemente all'Albo provinciale _____ di _____;
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)
- di essere in possesso dei seguenti diplomi di specializzazione:

conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____;

conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____;

conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale (produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento);
- di godere dei diritti civili;
- di NON essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri; o in altro Albo provinciale degli odontoiatri oppure cancellato/a da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità ed irreperibilità, né di essere stato/a radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Ordine nazionale e di Paesi U.E.;
- di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione e si obbliga in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità ai sensi di legge a darne comunicazione a codesto Ordine;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti; se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo (autocertificazione riservata unicamente ai medici in possesso anche del diploma di laurea in farmacia);
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Alla presente allega:

- 1 - n. 2 fotografie formato tessera (in caso di invio telematico occorre inviare la foto in formato jpeg);
- 2 - fotocopia in carta libera del tesserino di codice fiscale.
- 3 - modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79, firmato.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

FIRMA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____

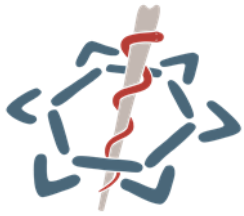
identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, lì _____

Timbro e firma

Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

DICHIARA di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPlicito CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, _____

Firma

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Antonello Santoro

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel.: 0131.253666

Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedicial@postacert.com

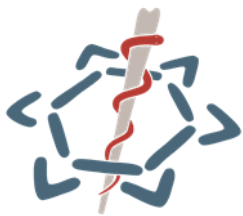
RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA

T: +39 0131 253 666 | **F:** +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | **@:** omceo@ordinemedici.al.it | **PEC:** ordinemedicial@postacert.com



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del **Regolamento UE 2016/679** ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Antonello Santoro

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedicial@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Base giuridica del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

Finalità del trattamento dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

Strumenti: i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

Soggetti abilitati al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

Destinatari dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

Diritti dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Documento predisposto in data 25.05.2018. Aggiornato il 01.01.2021 con l'assunzione in carica del Dott. Antonello Santoro che diventa Titolare del Trattamento

Alessandria, 01 gennaio 2021

TITOLARE DEL TRATTAMENTO
IL PRESIDENTE
Dott. Antonello Santoro

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA

T: +39 0131 253 666 | F: +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | @: omceo@ordinemedici.al.it | PEC: ordinemedicial@postacert.com

STRALCIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445.

Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. (Testo A)

Articolo 76 (L)*Norme penali*

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.