

Domanda iscrizione Albi Professionali cittadini extra-UE

marca
da
bollo

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

ALESSANDRIA

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
(cognome e nome)

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO PROFESSIONALE _____ di codesto Ordine,
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)
ai sensi della legge 286/98 e del DPR 394/99.

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 _____;
- di essere residente a _____ prov. _____
in via _____, Tel. _____;
- di essere domiciliato a _____ prov. _____
in via _____, Tel. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- 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 _____ presso
(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)
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 _____ presso
(barrare) anno _____
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 _____;
- in accordo di reciprocità con _____
_____;
- di essere in regola con il permesso di soggiorno;
- che il permesso è stato rilasciato per il seguente motivo: _____;
- che il permesso è stato rilasciato con la seguente scadenza _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea ai sensi dell'art. 35, punto 1, ultimo comma della L. 40/98 e art. 37 D.Lgs 286/98 e di aver frequentato l'intero corso di studi universitari in Italia presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere stato iscritto al corso di Laurea in _____ in soprannumero;
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- 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.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei medici chirurghi 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 radiato/a 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 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 - attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);
- 2 - n. 2 fotografie formato tessera (in caso di invio telematico occorre inviare la foto in formato jpeg);
- 3 - fotocopia in carta libera del tesserino di codice fiscale;
- 4 - fotocopia del permesso di soggiorno (*);
- 5 - fotocopia del titolo di studio (*);
- 6 - fotocopia ricevuta versamento quota annuale di prima iscrizione di € 230,00 da versarsi ESCLUSIVAMENTE TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA. (Vedi allegate ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE CON I RELATIVI DATI (NOME, COGNOME, C.F., IMPORTO, ECC.) AI FINI DEL PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE
- 7 - modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79, firmato.

(*) da autenticare presso i nostri uffici

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

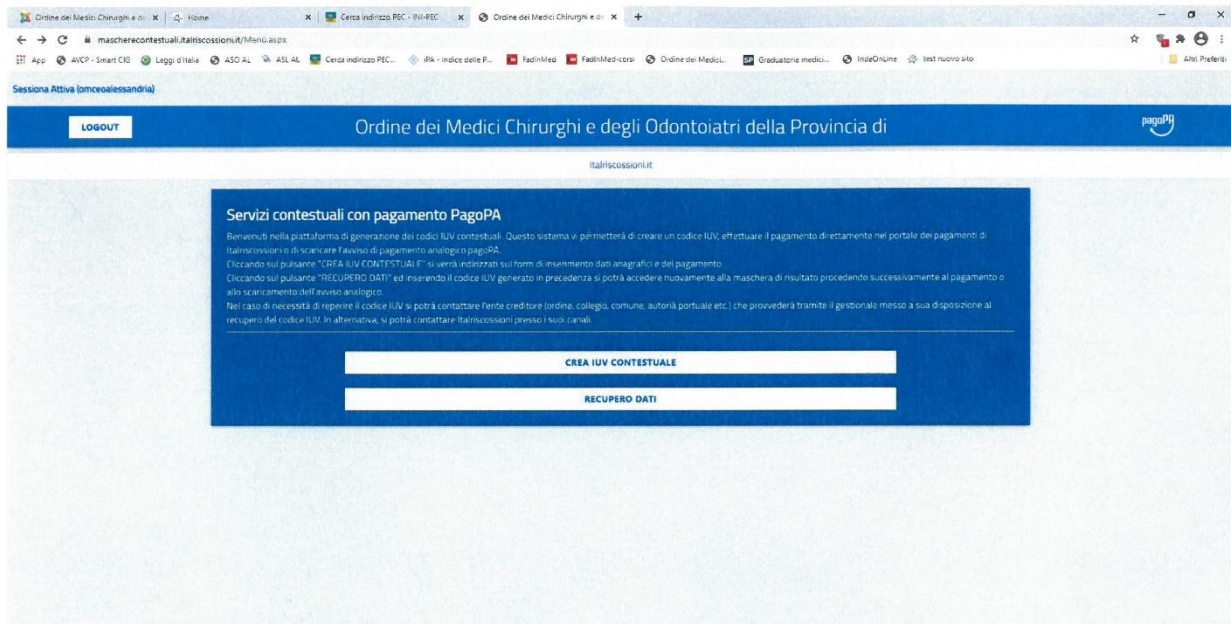
Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.

ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE PER PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE

Link: <https://mascherecontestuali.italriscossioni.it/Default.aspx?nome=omceolessandria>

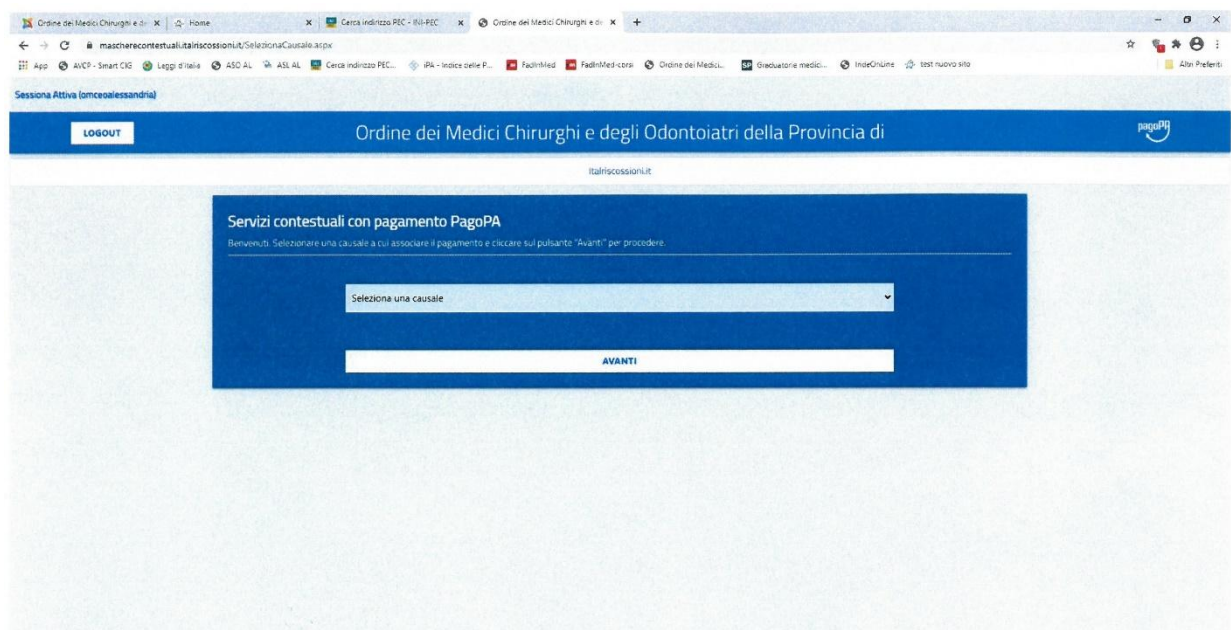
Tramite il link si accede alla sottoriportata pagina di accesso per la creazione dello IUV per il pagamento della quota dell'Ordine tramite il Sistema PagoPA.

Il medico dovrà cliccare sul tasto "CREA IUV CONTESTUALE"

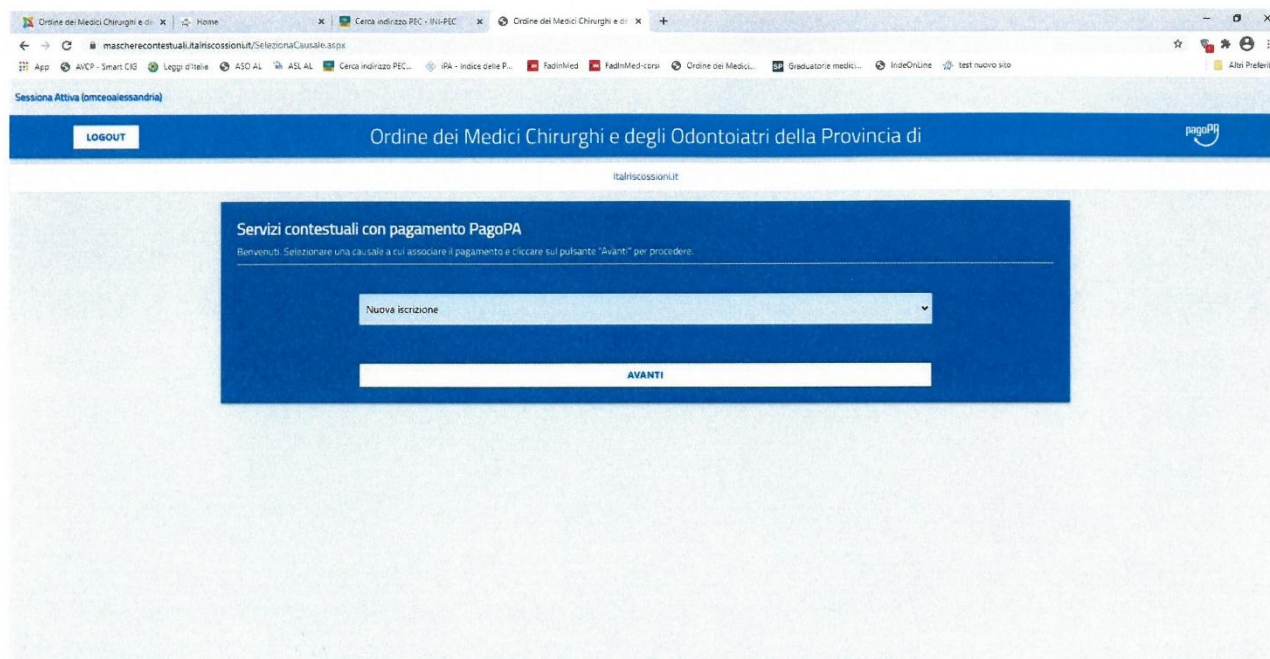


Il medico dovrà selezionare in alto nella tendina sottoriportata la causale scegliendola fra quelle esistenti:

- 1 – nuova iscrizione
- 2 – iscrizione STP
- 3 – prima duplice iscrizione

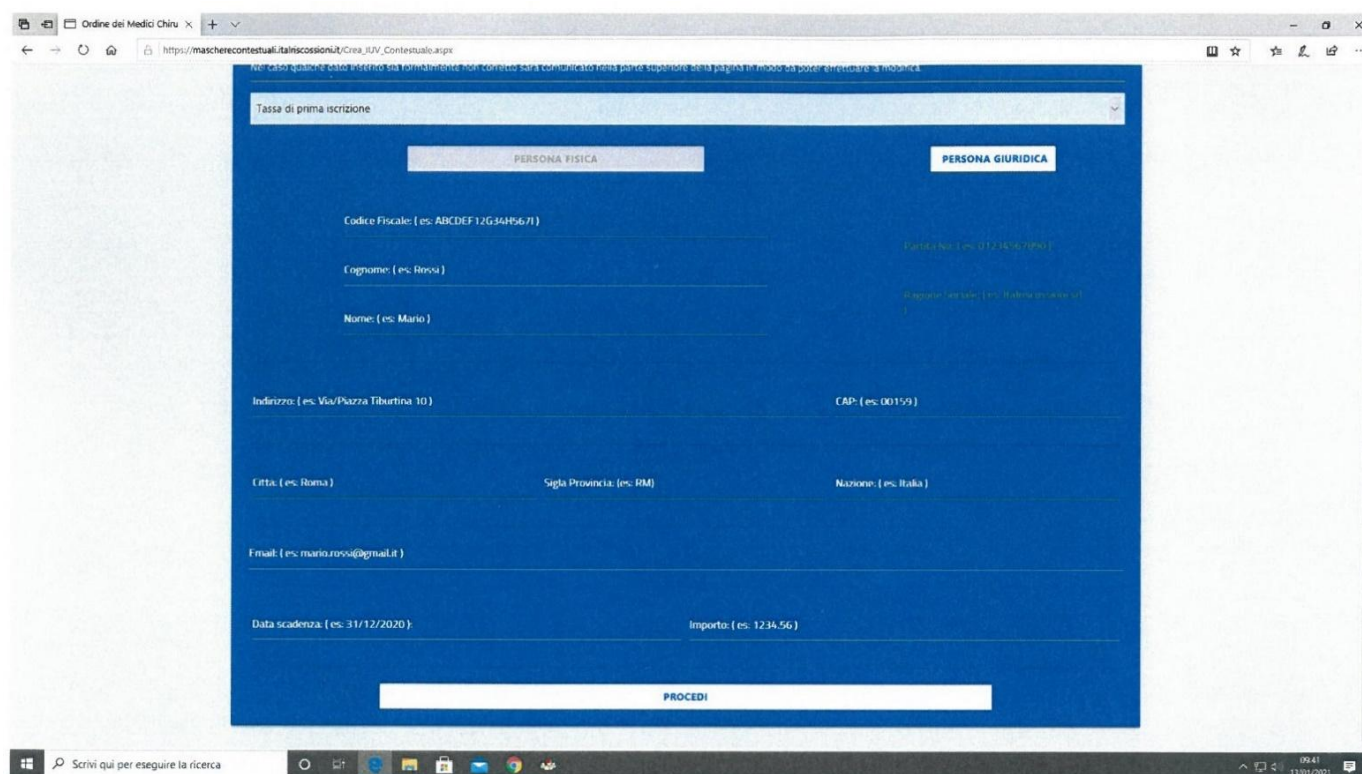


A questo punto occorre cliccare su AVANTI per proseguire con la compilazione della schermata



SERVIZIO DI CREAZIONE IUV CONTESTUALE

Se il medico è una "PERSONA FISICA" selezionerà il bottone "persona fisica" e compilerà i campi della stessa schermata



Se invece è una società (STP), si selezionerà “PERSONA GIURIDICA” e si compilerà la maschera della persona giuridica

The screenshot shows a web browser window with the URL https://mascherecontestuali.it/iscossioni/Creazione_IUV_Contextuali.aspx. The page title is "Tassa di prima iscrizione". There are two tabs: "PERSONA FISICA" (selected) and "PERSONA GIURIDICA". The form fields are as follows:

- Località (es. Roma) [es. 1203445678]
- Partita Iva (es. 01234567890)
- Appoggio (es. 99002)
- Ragione Sociale (es. Italicossoni srl)
- Nome (es. Mario)
- Indirizzo (es. Via/Piazza Tiburtina 10)
- CAP (es. 00159)
- Città (es. Roma)
- Sigla Provincia (es. RM)
- Nazione (es. Italia)
- Email (es. mario.rossi@gmail.it)
- Data scadenza (es. 31/12/2020)
- Importo (es. 1234,56)

A "PROCEDI" button is located at the bottom of the form.

L'IMPORTO relativo alla quota è preimpostato in relazione alle causali:

- 1 – nuova iscrizione € 230,00
- 2 – iscrizione STP € 390,00
- 3 – prima duplice iscrizione € 206,48

La scadenza entro cui pagare lo IUV è già impostata (5 giorni dalla data di emissione). Entro tale data occorrerà pagare, pena l'annullamento dello IUV.

The screenshot shows the same website with the "PERSONA GIURIDICA" tab selected. The form fields are as follows:

- Codice Fiscale (es. ABCDEF12G34H567I)
- Cognome (es. Rossi)
- Nome (es. Mario)
- Indirizzo (es. Via/Piazza Tiburtina 10)
- CAP (es. 00159)
- Città (es. Roma)
- Sigla Provincia (es. RM)
- Nazione (es. Italia)
- Email (es. mario.rossi@gmail.it)
- Data scadenza (es. 31/12/2020)
- Importo (es. 1234,56)

The "Data scadenza" field is populated with "06/02/2021" and the "Importo" field is populated with "260". A "PROCEDI" button is located at the bottom of the form.

Dopo la compilazione con tutti i dati si cliccherà su PROCEDI

Tassa di prima iscrizione

PERSONA FISICA PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale: (es: ABCDEF12G34H567I)

Cognome: (es: Rossi)

Nome: (es: Mario)

Indirizzo: (es: Via/Piazza Tiburtina 10)

CAP: (es: 00159)

Città: (es: Roma)

Sigla Provincia: (es: RM)

Nazione: (es: Italia)

Email: (es: mario.rossi@gmail.it)

Data scadenza: (es: 31/12/2020)

Importo: (es: 1234.56)

PROCEDI

Apparirà una maschera di riepilogo in cui si troveranno indicati i dati anagrafici, il codice IUV e il codice QR.

Comparirà nella stessa schermata anche:

- Il tasto “procedi il pagamento tramite Italriscossioni”, cliccando il quale verrà rimandato al portale dei pagamenti di pagoPA per pagamenti on line;
- Il tasto “SCARICA AVVISO”, cliccando sul quale verrà scaricato il pdf dell’avviso **per effettuare il pagamento a sportello presso banche, tabaccherie, ricevitorie Sisal e Lottomatica**
- Nel caso in cui si volesse pagare tramite l’APP IO (scaricabile gratuitamente dalla Play Store di Google sul cellulare) è possibile inquadrare direttamente il codice QR che appare sulla schermata e seguire tutte le procedure.

AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE LA NECESSITA' DI COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA' IN CASO DI INDICAZIONE DI DATI INESATTI AI SENSI DELL'ART. 76 D.P.R. 445/2000

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE QUALSIASI CONDANNA, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

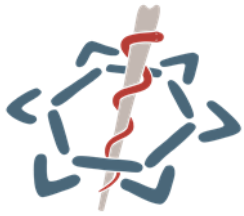
SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE DEI CITTADINI STRANIERI È SUBORDINATA AL SUPERAMENTO DELLA PROVA PREVISTA DAGLI EX ART. 47 E 50 D.P.R. 394/99.

LA PROVA VERTE SULLA DIMOSTRAZIONE DELLA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA SCRITTA E PARLATA.

IL RICHIEDENTE L'ISCRIZIONE DOVRÀ INOLTRE DIMOSTRARE LA CONOSCENZA DEL CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA NONCHÉ DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA IN MATERIA SANITARIA.

(PASSARE PRESSO GLI UFFICI DELL'ORDINE PER IL RITIRO DEL MATERIALE RIGUARDANTE LA PROVA)



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 ESPPLICITO 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

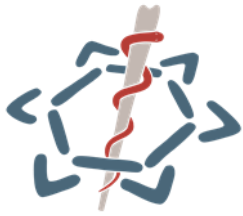
RPD: Nicolò Tartaglia

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