

Al sig. Presidente dell'Ordine Provinciale
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
Lecco

Pagamento imposta da bollo assolto in
modo virtuale (2° comma art. 15 DPR
642/72) - Autorizzazione prot. 0010056
del 15/03/2019 - Agenzia Delle Entrate -
Direzione Provinciale di Lecco - Ufficio
Territoriale di Lecco - Art. 5/2019

Il/la sottoscritto/a dr./ssa

Codice fiscale

C H I E D E l'iscrizione a codesto Ordine - ALBO ODONTOIATRI

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 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 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

di essere nato/a a prov il

di essere cittadino/a

di essere residente a prov.

Indirizzo cap

Email cellulare

PEC telefono

DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

Comune Prov.

Indirizzo cap

di aver conseguito la Laurea in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTALE

presso l'Università di il

Voto LODE - Anno di immatricolazione

di aver superato l'esame di abilitazione

presso l'Università di il voto

Sessione

di aver conseguito la specializzazione in

In data

presso l'Università di voto

di stabilire il proprio domicilio professionale

nel Comune di Prov.

Indirizzo cap

IN CASO DI LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA

di aver conseguito la Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA

presso l'Università di

il

Voto LODE - Anno di immatricolazione

di aver superato l'esame di abilitazione

presso l'Università di il voto

Sessione

di possedere il seguente requisito che consente l'iscrizione all'Albo Odontoiatri

Laurea in Medicina e Chirurgia con immatricolazione al corso di Laurea entro il 28/01/1980 (anno di immatricolazione al corso di laurea)

Laurea in Medicina e Chirurgia con immatricolazione al corso di Laurea tra gli anni 1980-81 e 1984-85 entro il 31/12/1984) con superamento della prova attitudinale (anno di immatricolazione al corso di Laurea)

Laurea in Medicina e Chirurgia con immatricolazione dopo il 18/01/1980 ed entro il 31/12/1984 ed in possesso di una specializzazione in campo Odontoiatrico (anno di immatricolazione al corso di Laurea)

di aver conseguito la specializzazione in

In data

presso l'Università di voto

DICHIARA INOLTRE:

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;

di **AVERE** riportato condanne penali; [nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento)]

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

PRIMA ISCRIZIONE

Il sottoscritto, inoltre, dichiara di **NON** essere iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri e di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di dal al n.

Di non avere procedimenti disciplinari e penali pendenti

Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

REISCRIZIONE

Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici di

dal al n.

Cancellato per il seguente motivo:

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

ISCRIZIONE DI CITTADINI UE

di possedere il decreto di riconoscimento della Laurea da parte del Ministero della Salute (da presentarsi in originale).

di possedere il certificato di *GOOD STANDING* (da presentarsi in originale).

ISCRIZIONE DI CITTADINI EXTRA UE

di essere in regola con il permesso di soggiorno (da presentarsi in originale).

Di essere stato iscritto al corso di Laurea in Di **NON** essere stato iscritto al corso di Laurea in sovrannumero

di possedere il decreto di riconoscimento della Laurea da parte del Ministero della Salute (da presentarsi in originale).

Il sottoscritto si impegna a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.

Se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (riservato unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni a alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per i recapiti telefonici e gli indirizzi email) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O. I dati verranno altresì comunicati alla Fondazione ENPAM per la gestione delle posizioni previdenziali.

Data

Firma _____

ALLEGATI DA PRESENTARE

Prima Iscrizione/Reiscrizione (cittadini italiani/UE/extra UE):

- Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di € 168,00 da effettuare su C/C postale n.8003 intestato all'Agenzia delle Entrate - Tasse Concessioni Governative Tipo di versamento: Rilascio - Causale: Iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri.- Codice Tariffa: n.8617.
- N. 1 foto formato tessera (la foto potrà anche essere scattata direttamente in digitale presso l'Ordine).
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e della CNS
- Ricevuta di € _____ come tassa di prima iscrizione (possibilità di versare in sede con Bancomat o carta di credito, NO contanti o assegni. A breve anche con pagoPA sia on line che in Sede).

Iscrizione per trasferimento

- N. 1 foto formato tessera.(la foto potrà anche essere scattata direttamente in digitale presso l'Ordine).
 - Fotocopia di un documento di identità in corso di validità e della CNS
 - Ricevuta di € _____ come tassa per trasferimento (possibilità di versare in Sede con Bancomat o carta di credito, NO contanti o assegni. A breve anche con pagoPA sia on line che in Sede).
-

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 REG. UE 2016/679

1. Finalità del trattamento e base giuridica del trattamento

I dati personali, forniti compilando il presente modulo, verranno trattati dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Lecco per lo svolgimento delle proprie funzioni istituzionali. I dati personali vengono trattati per scopi strettamente inerenti alla verifica delle condizioni per l'accoglimento dell'istanza secondo quanto previsto dalle disposizioni di legge e regolamentari vigenti. I dati personali sono trattati dall'Ordine nell'esecuzione dei propri compiti di interesse pubblico o comunque connessi all'esercizio dei propri pubblici poteri.

2. Natura del conferimento

Il conferimento dei dati personali è obbligatorio, in quanto in mancanza di esso non sarà possibile dare inizio al procedimento menzionato in precedenza e provvedere all'emanazione del provvedimento conclusivo dello stesso.

3. Modalità del trattamento

In relazione alle finalità di cui sopra, il trattamento dei dati personali avverrà con modalità informatiche e/o manuali, per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti ed in modo da garantire la riservatezza e la sicurezza degli stessi. I dati non soggetti a pubblicità secondo le norme vigenti, non saranno diffusi ma potranno essere eventualmente utilizzati in forma aggregata per le statistiche riguardanti il servizio.

4. Categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati

Potranno venire a conoscenza dei dati personali i dipendenti e i collaboratori, anche, esterni, del Titolare e i soggetti che forniscono servizi strumentali alle finalità di cui sopra (come, ad esempio, servizi tecnici). I dati personali potranno essere comunicati ad altri soggetti pubblici e/o privati unicamente in forza di una disposizione di legge o di regolamento che lo preveda.

5. Diritti dell'interessato

L'interessato può esercitare, per motivi legittimi, i diritti di cui agli artt. 15-22 del REG. UE 2016/679 e contattare il RPD dell'Ordine inviando una istanza alla sede del Titolare, all'attenzione del Responsabile della Protezione dei Dati personali.

6. Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento dei dati è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Lecco - C.so Martiri della Liberazione, 86 - 23900 Lecco.

Per eventuali informazioni e/o assistenza si prega di contattare la segreteria dell'Ordine.