

(Bollo Euro 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEGLI ODONTOIATRI  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI  
ASCOLI PICENO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
**CHIEDE**

L'iscrizione **all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 200, n. 445,  
**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- in via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_;MAIL \_\_\_\_\_
- Domicilio Digitale \_\_\_\_\_ (il Domicilio Digitale dovrà essere comunicato all'Ordine entro 10 giorni dall'iscrizione all'Albo);
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a 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 giudiziario ;
- di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto/a in altro Albo provinciale degli odontoiatri di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato/a 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;
- di essere stato/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

**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**

FIRMA

Data .....

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI ASCOLI PICENO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del  
DPR 445/2000 che il Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di  
\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

**N.B.**

- L'istanza di iscrizione se presentata di persona viene sottoscritta dinanzi all'impiegato addetto alla ricezione.
- Se viene inviata per posta il richiedente dovrà allegare fotocopia di un documento di riconoscimento.

**Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Ascoli Piceno**  
**Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali**

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, (Regolamento Generale Protezione dati "RGPD" o "Regolamento"), come di volta in volta modificato o sostituito, si forniscono le seguenti informazioni:

**Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento**

Il Titolare del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Ascoli Piceno con sede in Piazza Matteotti n. 12, Ascoli Piceno, che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore. Per ulteriori informazioni può contattare l'Ordine al numero 0736-259407 o scrivere al seguente indirizzo e-mail [info@ordinemediciap.it](mailto:info@ordinemediciap.it).

**Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati**

L'Ordine ha nominato il "Responsabile Protezione Dati - RPD" (c.d. "Data Protection Officer" o DPO) i cui dati di contatto sono pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ordine (area trasparenza).

**Finalità del trattamento, dati trattati e obbligo/facoltà di conferire i dati**

A) Finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine principalmente connesse all'ottemperanza delle seguenti norme: D.lgs. C.P.S. n. 233/1946, D.P.R. n. 221/1950, Legge n. 409/1985, Legge n. 471/1988, Legge n. 3/2018 nonché a successive norme legislative e regolamentari di attuazione, esecuzione e modifica.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa.

L'Ordine acquisisce obbligatoriamente i seguenti dati:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale;
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC);
9. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
10. eventuale svolgimento della professione di farmacista;
11. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
12. godimento dei diritti civili.

L'Ordine, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, potrebbe inoltre venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali quali, ad esempio, lo stato di salute e di dati personali relativi a condanne penali e reati. In ogni caso, i dati personali oggetto di pubblicazione all'Albo sono solamente quelli previsti da norma di legge o regolamento ed in particolare sono quelli previsti dall'art. 3 D.P.R. 221/1950. Altri dati quali il numero di telefono, di fax o di posta elettronica o altro dato di contatto sono liberamente comunicati dall'iscritto e verranno trattati solo a fini istituzionali. Lei può, in qualsiasi momento, revocare l'autorizzazione al loro trattamento.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, l'Ordine tratta i Suoi dati per:

- adempiere agli obblighi previsti in ambito lavorativo, previdenziale, fiscale e contabile;
- organizzare e gestire i procedimenti inerenti l'iscrizione e permanenza all'Albo e più in generale rispettare gli obblighi di legge previsti per la gestione delle professioni ordinistiche;

- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, favorire l'interazione ed i rapporti professionali, formativi e informativi fra Ordine e professionisti iscritti anche attraverso circolari e newsletter istituzionali;
- curare l'aggiornamento e verificare periodicamente la sussistenza dei requisiti di legge inerenti l'iscrizione, emettendo le relative certificazioni e comunicando periodicamente alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri tali dati e all'ENPAM;
- vigilare per la tutela dei titoli e per il legale esercizio delle attività professionali, nonché per il decoro e l'indipendenza della professione;
- verificare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio prodotte all'ente;
- applicare e rendere operativa ogni delibera del Consiglio dell'Ordine;
- gestire l'archiviazione e la conservazione di dati, informazioni, comunicazioni anche elettroniche e documenti inerenti i Procedimenti gestiti dall'Ente ed in generale i servizi erogati ed i rapporti giuridici intercorrenti;
- inviare informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine;
- pubblicare nell'Albo, presente anche sul sito web istituzionale e sulla app mobile, i dati identificativi dell'iscritto così come previsto dalla normativa;
- finalità statistiche, studio, ricerca e andamento della professione.

B) Finalità NON strettamente connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine per le quali Le verrà di volta in volta richiesto uno specifico consenso.

### **Base giuridica del trattamento**

Per le finalità di cui alla lettera A) le basi giuridiche del trattamento che ne determinano la liceità sono l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il titolare (art. 6 comma 1 lett. c) del RGPD) e l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare (art. 6 comma 1 lett. e) del RGPD).

Per le finalità di cui alla lettera B) la base giuridica del trattamento che ne determina la liceità è il Suo consenso (art. 6 comma 1 lett. a) del RGPD).

### **Destinatari/categorie destinatari dei dati personali**

I dati personali non oggetto di pubblicazione nell'Albo o resi facoltativamente dall'iscritto potranno essere comunicati a soggetti determinati quali: organo amministrativo dell'Ordine, nostro personale e/o collaboratori, soggetti che hanno necessità di accedere ai Vostri dati per finalità ausiliare al rapporto che intercorre tra Lei e l'Ordine, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari (si citano a titolo indicativo l'ENPAM, gli istituti di credito, uffici giudiziari, compagnie di assicurazione, società di consulenza e gli spedizionieri), soggetti (ad esempio: organi amministrativi e di controllo, giudiziari ecc.) che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

### **Periodo di conservazione dei dati personali**

I dati in oggetto verranno trattati per tutta la durata dell'iscrizione a questo Ordine ed anche successivamente per finalità amministrativo-contabili, ivi incluse quelle relative alla gestione del personale, per l'espletamento di obblighi di legge, per finalità di tipo statistico, finalità connesse al settore bancario creditizio assicurativo e di tutela del credito.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici ed è progettato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In linea generale, i dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dalla legge.

I dati trattati per finalità di cui alla lettera B) saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati.

### **Diritti dell'interessato**

L'interessato può esercitare i propri diritti utilizzando l'apposita modulistica resa disponibile sul sito web e in formato cartaceo presso i nostri Uffici. In particolare, ove tecnicamente fattibile, ha il diritto di esercitare:

- a. diritto di revoca del consenso
- b. diritto di accesso

- c. diritto di cancellazione (diritto all'oblio)
- d. diritto di limitazione del trattamento
- e. diritto alla portabilità dei dati.

### **Reclami**

Nel caso in cui ritenga che i Suoi dati personali siano stati trattati in modo non conforme alla normativa ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in Roma, Piazza di Monte Citorio n. 121, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, e-mail: [garante@gdpd.it](mailto:garante@gdpd.it).

### **Processi decisionali automatizzati**

Si dà atto che nelle procedure dell'Ordine non vi è alcun processo decisionale basato unicamente sul trattamento automatizzato, ivi compresa la profilazione, che produca effetti giuridici sull'interessato.

### **Modifiche e aggiornamenti alla presente informativa**

L'Ordine avrà cura di modificare o semplicemente aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa sul trattamento dei dati anche in considerazione della modifica delle norme di legge o di regolamento che regolano questa materia e proteggono i diritti degli interessati. Le modifiche e gli aggiornamenti saranno portati a conoscenza degli iscritti con mezzi idonei.

---

### **Presenza d'atto dell'informativa e dichiarazione di consenso**

---

Il sottoscritto

\_\_\_\_\_ (nome, cognome)

\_\_\_\_\_ (codice fiscale)

- (obbligatorio) confermo con la mia sottoscrizione di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa e presto il mio consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a categorie particolari (es. stato di salute) o relativi a condanne penali e reati, per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- (facoltativo) presto il mio consenso all'utilizzo del numero di telefono cellulare e di fax ed all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine autorizzando il connesso trattamento dei dati indicati per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **VERSAMENTI DA EFFETTUARE E DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE**

- 1) **Versamento Tassa Concessioni Governative di € 168,00** da pagarsi a mezzo c/c postale **n.8003** intestato a: Agenzia delle Entrate Centro Operativo di Pescara (modulo a disposizione presso gli uffici postali).  
Una copia della ricevuta dovrà essere presentata all'Ordine.
- 2) **Versamento di € 50,00 per tassa di prima iscrizione e di € 150,00 per quota Albo Odontoiatri anno in corso**, da effettuarsi tramite modalità di pagamento indicate dalla segreteria all'atto della presentazione della domanda di iscrizione.
- 3) **Fotocopia del tesserino rilasciato dal Ministero delle Finanze relativo al Codice Fiscale con attestazione di copia conforme all'originale, datata e sottoscritta direttamente dal richiedente.**
- 4) **Fotocopia di un documento di riconoscimento con attestazione di copia conforme all'originale, datata e sottoscritta direttamente dal richiedente.**
- 5) **Due fotografie a colori formato tessera (per il rilascio del tesserino di iscrizione all'Albo) da allegare alla dichiarazione sostitutiva di atto notorio.**

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DELL'ATTO DI NOTORIETA'**  
**(art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)**

[ \_\_\_\_\_ ]

**Fotografia**

[ \_\_\_\_\_ ]

Il/La sottoscritt \_\_\_ Dott./Dott.ssa Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nat \_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**consapevole delle responsabilità delle pene stabilite dalla legge per le false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità che l'unità fotografia identifica la persona sopraindicata.**

Ascoli Piceno, li \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma <sup>1</sup> \_\_\_\_\_

---

<sup>1</sup> Il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera