

(Bollo Euro 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE (Cittadini UE)**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
A S C O L I P I C E N O**

Il/la sottoscritto/a _____
CHIEDE

L'iscrizione **all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/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 _____
- di avere la residenza/domicilio fiscale in Italia presso: _____
Comune _____ prov. _____; cap _____
In via _____; tel. _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria il _____ presso
l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli
Studi di _____;
- di aver ottenuto con decreto del Ministero della Salute in data _____ il riconoscimento della laurea
conseguita in _____ quale titolo abilitante alla professione Medica/Odontoiatrica;
- 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 dei Medici Chirurghi e 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 445/200 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.

VERSAMENTI DA EFFETTUARE E DOCUMENTAZIONE DA PRESENTARE

- 1) **Versamento Tassa Concessioni Governative di € 16800** 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 Medici Chirurghi/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.**

All'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ascoli Piceno

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13
DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N. 196**

Gentile Dottore,

ai sensi dell'art 13 del D.Lgs. 196/2003 recante il "Codice in materia di protezione dei dati personali" lo scrivente, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali acquisiti con riferimento ai rapporti instaurati saranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata. Il trattamento dei dati si svolge nel rispetto dei diritti delle libertà fondamentali, nonché nella dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza e all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali. Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- Il trattamento è finalizzato alla corretta e completa esecuzione della sua iscrizione all'Albo e per le attività istituzionali di questo Ordine.
- Le operazioni possono essere svolte con strumenti elettronici e non elettronici.
- Il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
- Il conferimento di dati personali comuni è strettamente necessario ai fini dello svolgimento dell'incarico ricevuto. L'eventuale rifiuto a fornirli, in tutto o in parte, comporterà l'impossibilità di adempiere alla corretta e completa esecuzione della sua iscrizione all'Albo e delle attività istituzionali di questo Ordine.
- Potranno venire a conoscenza dei Suoi dati personali gli incaricati del trattamento e gli addetti alla gestione e manutenzione degli strumenti elettronici nonché gli studi professionali, legali e commerciali, le società di elaborazione dati, gli Enti Pubblici, gli Enti e/o Fondazioni di Previdenza e/o Assistenza, la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri.
- I Suoi dati personali potranno essere comunicati a collaboratori esterni, nonché eventualmente a terzi sempre se ciò risulti strettamente necessario per dare corso alle attività derivanti dalla relazione in essere.
- I Suoi dati personali non saranno soggetti a diffusione.

Le ricordiamo infine che Le sono riconosciuti i diritti di cui all'art. 7 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196, e, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, l'aggiornamento e la cancellazione, se incompleti, erronei o raccolti in violazione della legge, nonché di opporsi al loro trattamento per motivi legittimi rivolgendo le richieste al Titolare o al Responsabile del trattamento.

Titolare del Trattamento è il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ascoli Piceno e il Responsabile del Trattamento è il Funzionario dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ascoli Piceno

CONSENSO

Il/La sottoscritto/anato/a a(....)
il

ricevuta informazione delle finalità e modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento con strumenti elettronici degli estremi identificativi del titolare, del responsabile e dei soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati, ciò anche per mezzo della su esposta informativa e, più in generale, ricevute le informazioni di cui all'articolo 13 del D. Lgs. 30 Giugno 2003 n.196 (Codice in materia di dati personali), ai sensi dell'art.23 della legge stessa, **acconsente** al trattamento, dei dati personali propri anche in particolare di quelli sensibili, da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Ascoli Piceno sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine, collaboratori, dipendenti e consulenti, e ad ogni attività collegata o dipendente, consentendo l'eventuale diffusione a terzi, con particolare ma non esclusivo riferimento a quelli indicati nell'informativa, qualora sia necessario per l'espletamento delle attività derivanti dalla relazione in essere.

....., lì Firma

Acconsente espressamente alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte anche via posta elettronica.

....., lì Firma

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 ¹ _____

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