

(marca da bollo)
(da € 16,00)

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di SAVONA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

Informativa ai sensi dell'art.13 Reg. UE 2016/679

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Reg. UE 2016/679. L'interessato potrà esercitare i propri diritti relativi ai trattamenti (accesso, rettifica, cancellazione, limitazione, portabilità) previsti dal Reg. UE 2016/679 rivolgendosi al Titolare del Trattamento nella persona del Presidente pro-tempore).

Informiamo altresì che i dati in oggetto saranno conservati per sempre, che l'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità di Controllo e che l'Organizzazione ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati i cui riferimenti sono pubblicati sul sito Internet dell'Ordine

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

✓ codice fiscale _____ cittadino _____

✓ residente in _____ prov. _____ cap _____

✓ in via _____ tel. _____

✓ cell. _____ Email _____

✓ di volere indicare come recapito postale il seguente (se diverso dalla residenza):

✓ Via _____ prov. _____ cap _____

✓ Indirizzo pec _____

✓ di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____

laurea abilitante;

di aver acquisito il giudizio di idoneità in merito al tirocinio pratico-valutativo post laurea;

di aver svolto il tirocinio all'interno del Corso di Studi e di aver conseguito la valutazione del tirocinio pratico-valutativo;

- di NON aver riportato condanne penali né sentenze d'applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p. (patteggiamento) e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali; (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 essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di NON aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Data _____

(*FIRMA _____

(* se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona

Il sottoscrittoincaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il/la Dr./Dr.ssa _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

DOCUMENTAZIONE PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da € 16,00 – DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.
- 2) **CERTIFICATO GENERALE del CASELLARIO GIUDIZIALE**; se si allega il documento dovrà essere in bollo da € 16,00 (si chiede presso il Tribunale);
oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già inserita nel modulo;
- 3) CERTIFICATO DI **LAUREA** IN MEDICINA E CHIRURGIA (da chiedere in Segreteria di Facoltà);
oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già inserita nel modulo;
- 4) Copia autenticata in CARTA SEMPLICE del CERTIFICATO DI ABILITAZIONE all'esercizio professionale o del sostitutivo oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già presente nel modulo (l'autentica è fattibile anche dal personale di segreteria);

LE AUTOCERTIFICAZIONI SONO PARTE INTEGRANTE DEL MODULO DI ISCRIZIONE, NON C'E BISOGNO DI ULTERIORI MARCHE DA BOLLO

- 5) Fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE e fotocopia di un documento di riconoscimento: carta identità, passaporto, porto d'armi, patente guida (carta libera), in corso di validità;
- 6) Una foto formato tessera;
- 7) Attestazione del pagamento di **€ 168,00** di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003, intestato a Agenzia delle Entrate di Pescara;
- 8) Ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Albo che ammonta ad **€ 184,00** da effettuarsi con bonifico bancario presso Bper Banca S.p.A. – Sede di Savona - intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona – P.zza Weil 40 – cap 17100 – Savona. **Codice IBAN:**
IT38X0538710602000049635492
Per gli anni successivi l'importo della quota annuale verrà riscosso mediante l'utilizzo delle modalità che verranno comunicate
- 9) Per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso di soggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine.