

(marca da bollo)
(da € 16,00)

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

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

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 degli Odontoiatri 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 _____ 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 Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____

✓ di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____
dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____

Il sottoscritto inoltre dichiara:

- 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 ed 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 DEGLI ODONTOIATRI

- 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 ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA (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.