

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

DOMANDA DI ISCRIZIONE (PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE)

- ALBO MEDICI CHIRURGHI**
- 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. Ai sensi del Reg. UE 2016/679 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi al Presidente pro tempore.

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

CHIEDE

- L'iscrizione all'Albo Medici Chirurghi di codesto Ordine.
- L'iscrizione all'Albo 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/a _____

❖ 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/Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____

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

il sottoscritto 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 destinatario 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 avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- ❖ 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 stato cancellato da altro Ordine dei Medici Chirurghi e 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;
- ❖ di essere iscritto all'Ordine dei medici di dal al n.
prima iscrizione Ordine di in data
- ❖ di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM;
- ❖ 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 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 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 L' ISCRIZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** diretta all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, redatta in conformità al T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445. Con riferimento specifico alla residenza si rammenta che la legge 3682/91 ha modificato la lett. e) dell'art. 9 D.L.C.P.S. 233/46 consentendo agli esercenti le professioni sanitarie l'iscrizione all'Albo della provincia in cui viene svolta l'attività professionale in alternativa a quello della provincia in cui è fissa la residenza;
- 2) una marca da bollo Euro 16,00;
- 3) fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- 4) fotocopia di un documento di riconoscimento: carta identità, passaporto, porto d'armi, patente guida (carta libera), in corso di validità;
- 5) una fotografia a colori formato tessera;
- 6) ricevuta del versamento di Euro 20,00 per Tassa iscrizione Albo.

Tale quota potrà essere versata a mezzo bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio – Sede di Savona

Codice IBAN : IT31 2056 961060000002100X73

intestato all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, Piazza Simone Weil 40 – Savona

Per gli anni successivi l'importo della quota annuale verrà riscosso mediante l'utilizzo delle modalità che verranno comunicate