
 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI TRASFERIMENTO ISCRIZIONE	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 – R2
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

Bollo da €. 16,00

All' Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

TRASFERIMENTO D'ISCRIZIONE PRESSO CODESTO ORDINE ALL'ALBO:

- DEI MEDICI CHIRURGHI
 DEGLI ODONTOIATRI

Ai sensi e per gli effetti del T.U.- DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- di essere cittadino _____ Codice Fiscale _____
- di essere residente a _____ prov. _____ CAP _____
Via/P.zza _____ n. _____
- di essere domiciliato/a (solo se diverso dalla residenza) a _____
prov. _____ CAP _____ Via/P.zza _____ n. _____
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____
- Tel _____ Cell _____ E-mail _____
PEC _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia Odontoiatria e Protesi Dentaria, il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____
- di avere superato l'esame di abilitazione professionale nella Sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____ oppure di essere in possesso del titolo di Laurea abilitante
- di essere in possesso della specializzazione in _____ conseguita presso l'Università degli Studi di _____ in data _____ con voto _____
- di essere in possesso del Master di primo livello secondo livello, _____ conseguito presso l'Università degli Studi di _____ in data _____

- di essere iscritto/a all'albo provinciale dei medici chirurghi di _____ dal _____
- di aver riportato condanne penali e/o di essere destinatario 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: SI NO
- di aver riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del Casellario Giudiziale: SI NO
- di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: SI NO
- di godere dei diritti civili.
- di essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità: SI NO
- di essere stato/a radiato/a da alcun albo provinciale: SI NO
- di avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo: SI NO
- di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di essere informato/a, ai sensi del regolamento UE 2016/679, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e dati personali particolari e di esprimere consenso al trattamento dei medesimi sottoscrivendo l'allegata informativa.

Il/la sottoscritto/a _____ presenta i seguenti allegati:

1. n.1 foto tessera per fascicolo personale;
2. fotocopia codice fiscale;
3. fotocopia documento di identità in corso di validità.

Data _____

Firma* _____

(*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONE NON VERITIERE

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FERRARA

Il/la sottoscritto/a _____ incaricato/a, attesta, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, che il/la dott./ dott.ssa _____ identificato/a a mezzo _____ n. _____ rilasciato da _____ il _____ con scadenza _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data _____

Firma del legalizzante _____



Ordine dei
Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di
FERRARA

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt.13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, l'OMCeO della provincia di Ferrara, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile al link "PRIVACY POLICY" del sito dell'Ordine - ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti, il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile al link "PRIVACY POLICY" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

Io sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Ferrara, lì _____

L'interessato al trattamento dei dati
art. 4, comma 11, Reg. UE 2016/679)