
 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI CON CONTEMPORANEA ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 – R3
		NORMA DI RIFERIMENTO	 ISO 9001:2015

(Scrivere in stampatello)

Bollo da
€. 16,00

(per i Medici Chirurghi immatricolati al Corso di Laurea prima del 28/01/1980)

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

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 _____
- Codice Fiscale _____
- di essere residente a _____ prov _____ CAP _____
Via/P.zza _____ n _____
- Tel _____ Cell _____ E-mail _____
PEC _____
- di essere domiciliato/a in (solo se diverso dalla residenza) a _____
prov _____ CAP _____ in via _____ n _____
- di essere cittadino/a _____
- di avere conseguito il diploma di Laurea in **Medicina e Chirurgia** il
_____ presso l'Università degli Studi di
_____ con votazione _____
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea precedentemente al 28/01/1980
- di avere superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione
_____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di
_____ con voto _____
- 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 iscritto/a in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- 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 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. attestazione di versamento (in originale), delle Tasse di Concessioni Governative di importo pari a € 168,00 da effettuarsi a mezzo bollettino postale sul c.c.p. n. 8003, intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara – Tasse Concessioni Governative. Tipo di versamento: Rilascio. Causale (se richiesta): iscrizione Albo Medici/ Odontoiatri. Codice tariffa: 8617;
3. fotocopia documento di identità in corso di validità;
4. fotocopia codice fiscale.

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)

- Il versamento della tassa d'iscrizione annuale di € 127,00 dovrà essere effettuato **ESCLUSIVAMENTE** tramite l'Avviso di pagamento PagoPa, che verrà consegnato al momento della presentazione della domanda d'iscrizione.

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONE NON VERITIERE E **IN ASSENZA DEL VERSAMENTO RICHIESTO PER L'ISCRIZIONE**

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, li _____

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