

 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI ISCRIZIONE SOCIETA' TRA I PROFESSIONISTI	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 – R12
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

Bollo da
€. 16,00

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a _____

nato a _____ prov _____ il _____

Codice Fiscale _____

legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata _____

con sede legale in _____ prov _____

CAP _____ Via/P.zza _____ n _____

(indicare se presenti anche le sedi secondarie) _____

_____ Tel. _____

iscritta al registro delle imprese di _____ al n _____

dal _____ avente come oggetto sociale _____

chiede a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli arti. 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di Ferrara.

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato*:

- 1) Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- 2) Elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza.
- 3) Autocertificazione di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 4) Autocertificazione di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;

- 5) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34
- 6) Attestazione di versamento della Tassa di Concessione Governativa di importo pari a € 168,00 da effettuarsi a mezzo di bollettino postale sul c.c.p. n. 8003, intestato a: Agenzia delle Entrate — Centro Operativo di Pescara — Tassa Concessioni Governative. Tipo di versamento: Rilascio. Causale (se richiesta): "Iscrizione Albo STP (denominazione sociale)". Codice tariffa: 8617.

Il/la sottoscritto/a _____, inoltre, dichiara 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.

Data, _____ Firma** _____

(* Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in Ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra private. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47

(**) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di 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 annuale di iscrizione all'albo di € 500,00 e il pagamento dei diritti di segreteria di € 1000,00, dovranno essere effettuati **ESCLUSIVAMENTE** tramite Avviso di pagamento PagoPa, che verranno consegnati 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, lì _____

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