

 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 -R5
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

Bollo da
€. 16,00

All' Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione 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 _____
- codice fiscale _____
- di essere residente a _____ prov _____ CAP _____
Via/P.zza _____ n _____ Tel _____
- Cell _____ E-mail _____
- PEC _____
- di essere domiciliato/a (**solo se diverso dalla residenza**) a _____
prov _____ CAP _____ in Via/P.zza _____ n _____
- di essere cittadino/a _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** **Odontoiatria e Protesi Dentaria**, il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____

LAUREA ABILITANTE SI NO

- 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 decreto del Ministero della Salute emesso in data _____ per il riconoscimento del titolo estero conseguito presso l'Università di _____, ai fini dell'esercizio della professione di:

Medico Chirurgo **Odontoiatra**

- 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 essere iscritto/a in altro albo professionale SI NO, se sì quale _____
- 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 aver prodotto, nell'anno _____ un reddito personale pari ad € _____, al fine della riduzione della quota annuale di iscrizione (la tassa di iscrizione dei neolaureati è ridotta qualora il reddito personale dell'iscritto risulti inferiore ad € 30.000 annui lordi);
- 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: 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 dei diritti di segreteria € 30,00 unitamente a quello della tassa d'iscrizione annuale € 50,00 (ridotta) o € 150,00 (intera), 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 dell'Ordine:

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)

LINEE GUIDA RELATIVE ALLA TASSA DI ISCRIZIONE DEI NEO LAUREATI

La tassa di iscrizione dei neolaureati con reddito personale inferiore a € 30.000 annue lorde, è ridotta a € 50,00 a partire da Marzo 2024.

La riduzione della tassa di iscrizione, per i primi tre anni di laurea, verrà applicata secondo i seguenti principi:

- autocertificando il reddito personale nella domanda d'iscrizione.

- Nei due anni successivi a quelli di prima iscrizione, con richiesta autocertificata da inoltrare **entro la fine dell'anno precedente a quello per cui si chiede la riduzione**, gli interessati dovranno chiedere espressamente l'applicazione del beneficio della riduzione. Il richiedente dovrà indicare il proprio reddito personale, derivante sia da lavoro che da altre fonti di reddito (es. fabbricati, ecc.).

Si ribadisce che la riduzione non riguarda gli iscritti per trasferimento, o coloro che si iscrivono ex novo, ad oltre tre anni dal conseguimento della Laurea.

L'Ordine si riserva di chiedere, a campione, o per eventuale verifica che si ritenga necessaria, ulteriore documentazione o chiarimenti per la conferma della riduzione da operare.