

Marca da Bollo

Al Presidente dell'Ordine dei
Medici Chirurghi e Odontoiatri
della provincia di Terni

Ogg.: domanda di iscrizione per **trasferimento all'Albo Medici Chirurghi / Odontoiatri** da altro Ordine.

1 sottoscritt _____,

Consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti e la trasmissione degli atti alla Procura, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA di

- essere nat_ a _____ il _____;
- essere residente in _____, via _____, CAP _____, tel. _____, e-mail _____, pec. _____; domicilio (se diverso dalla residenza) in _____, via _____, CAP _____;
- avere il seguente numero di codice fiscale _____;
- essere cittadino italiano, comunitario, non-comunitario (cancellare le voci che non interessano)
- esercitare prioritariamente la professione nella Provincia di _____ presso _____;
- essersi laureat_ in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria (cancellare la voce che non interessa), il _____, presso l'Università degli studi di _____;
- aver conseguito l'abilitazione alla professione di medico chirurgo / odontoiatra (cancellare la voce che non interessa), nella sessione _____, presso l'Università degli Studi di _____;
- aver conseguito la specializzazione in _____, il _____, presso l'Università degli Studi di _____;
- aver conseguito la specializzazione in _____, il _____, presso l'Università degli studi di _____;
- aver conseguito i seguenti titoli o master :

- essere non essere inserito nell'Elenco degli Psicoterapeuti;
- essere non essere Medico competente per la Sicurezza sul lavoro (L. 626)
- non aver procedimenti penali in corso;
- non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- non essere sospeso dall'esercizio della professione di _____;

- avere il pieno godimento dei diritti civili;
- essere iscritt_ all'Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____ dal _____;
- non essere sottoposto a procedimento disciplinare presso tale Ordine;
- essere in regola con il pagamento dei tributi di cui agli artt. 4, 14 e 21 del D. Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233;
- impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione o perdita dei predetti dati, consapevole che tutte le comunicazioni e/o notificazioni verranno effettuate dall'Ordine alla residenza sopra indicata

CHIEDE

- l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI (cancellare la voce che non interessa) di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____;

In fede

_____ li _____

(firma)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza 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, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dott./ssa _____,

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

_____ li _____

(firma)

* * *

Il sottoscritt _____, quale incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. _____, identificat_ tramite _____.

In fede.

_____ li _____
