

DOCUMENTI DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE DA COMPILARE SECONDO IL MODELLO ALLEGATO CON MARCA DA BOLLO DI EURO 16,00

2. N. 2 FOTOGRAFIE

2. RICEVUTA DI VERSAMENTO DELLA TASSA DI TRASFERIMENTO DA EFFETTUARE SU:
C/C bancario **MONTE DEI PASCHI DI SIENA**

IBAN: IT73L0103014404000000263818

INTESTAZIONE: ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI TERNI

CAUSALE: Iscrizione Albo _____
per trasferimento anno _____

IMPORTO: euro 16,00 (iscrizione ad un Albo)
euro 32,00 (contemporanea iscrizione Albo Medici e Albo Odontoiatri)

LA DOMANDA POTRA' ESSERE PRESENTATA:

- PERSONALMENTE DALL'INTERESSATO MUNITO DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'*
- PRESENTATO DA UNA TERZA PERSONA MUNITA DI COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DELL'INTERESSATO *;
- INVIATA PER POSTA CON ACCLUSA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL SANITARIO DA ISCRIVERE *.

**(ART. 35, 2' Comma D.P.R 445/2000: "Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato").*

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.

l 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 _____ ;
- 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 _____
