

PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO

DOCUMENTI

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE, REDATTA SU CARTA DA BOLLO (O CARTA SEMPLICE SULLA QUALE APPORRE APPOSITA MARCA DA BOLLO) DA COMPILARE SECONDO IL MODELLO ALLEGATO (**BOLLO € 16,00**);
2. RICEVUTA DI VERSAMENTO DI CONTO CORRENTE POSTALE ATTESTANTE L'AVVENUTO PAGAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE (**BOLLETTINO G.U. 8003**) DI € 168.00 INTESTATO A: **UFFICIO REGISTRO TASSE GOVERNATIVE**;
3. N. 2 FOTOGRAFIE;
4. QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO - da versare sul C/C bancario del **MONTE DEI PASCHI DI SIENA** **IBAN IT73L0103014404000000263818**

intestato ad Ordine Prov. Medici Chirurghi e Odontoiatri Terni

inserire la causale: Iscrizione Albo _____ anno _____

tassa di prima iscrizione € 1,00 + quota annuale € 185,00 = € **186,00**

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")*

Bollo

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

Ogg.: domanda di prima iscrizione.

1 sottoscritt _____

CHIEDE

L'iscrizione all' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.
(cancellare la voce che non interessa)

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 _____;
- di essere residente in _____ CAP _____;
- Via _____ tel. _____;
- e-mail _____;
- di avere il seguente numero di codice fiscale _____;
- di essere cittadino italiano;
- di essersi laureat_ in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria (cancellare la voce che non interessa);
il _____, presso l'Università degli studi di _____;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione nella sessione _____,
presso l'Università degli studi di: _____;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (*in caso contrario indicare le condanne riportate – anche se sia intervenuto patteggiamento e/o amnistia – e/o pendenti*) _____;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritt ___ all'Albo dei Medici e/o Odontoiatri di altro Ordine;

- di non esercitare la professione di Farmacista;
- di non essere stato cancellato o radiato da altri Ordini provinciali (*in caso contrario indicare il provvedimento di cancellazione o di radiazione*) _____;
- di 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.

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./essa _____, 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 sottoscritto _____, 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. _____, identificato tramite _____.

In fede.

_____ li _____
