



ALL'ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI ROVIGO

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Il /la sottoscritto/a

codice fiscale

iscritto all'Albo dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
al n.

dal

CHIEDE L'ISCRIZIONE all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
di codesto Ordine

per: _____

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- di essere residente aCAP prov in vian. Tel.
- di essere domiciliato a CAP prov in via n. Tel.
- di essere in possesso dei seguenti indirizzi di contatto:
cell.
mail:
pec
- di essere cittadino/a ITALIANO/A
- di aver conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA in data presso l'Università degli Studi di con voto
- di aver superato l'Esame di abilitazione professionale in data nella Sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di con voto

- di avere conseguito la specializzazione in
in data presso l'Università degli Studi di
con voto
- di essere/non essere non essere iscritto nell'elenco degli Psicoterapeuti;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di aver riportato condanne penali;(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo Provinciale;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all' Albo;
- di non essere impiegato 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 dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- € di avere presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**;
- € di averne compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento.

Data

Firma per esteso e leggibile

.....

SPAZIO RISERVATO
ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ROVIGO

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che
il/la Dott./D.ssa identificato/a a mezzo documento
tipoN. rilasciato da il
ha sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato

PRIVACY

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679

I dati personali del presente modulo sono raccolti:

- per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009),
- per svolgere le attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti;
- per svolgere le attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo.

Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire la richiesta.

Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le già menzionate finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza.

I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal GDPR EU 2016/679. Ai sensi dell'art. 13-14, Reg UE 2016/679, e saranno pubblicati nel sito internet dell'Ente "www.omceoro.it" come previsto dalla normativa vigente in merito alla pubblicazione dell'Ordine e dei suoi iscritti.

I diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Rovigo
Via Silvestri, 6,
45100 - Rovigo (RO) tel. 042528426
e-mail segreteria@ordinemedicirovigo.it
pec; segreteria.ro@pec.omceo.it