



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

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE

Il /la sottoscritto/a

codice fiscale

CHIEDE L'ISCRIZIONE all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
di codesto Ordine

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

O di essere nato/a a prov. il

O di essere residente aCAP prov in via
.....n. Tel.

O di essere domiciliato a CAP prov. in
via.....n..... Tel.....

O di essere in possesso dei seguenti indirizzi di contatto:

cell.

mail.

pec.

O di essere cittadino/a

O di aver conseguito il diploma di laurea in ODONTOIATRIA e PROTESI DENTARIA in data
presso l'Università degli Studi di con voto

O di aver superato l'ESAME di abDI ABILITAZIONE PROFESSIONALE in data..... nella
..... Sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di
..... con votazione.....

O di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale;

O 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;

O di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

O 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 iscritto in altro Albo provinciale degli Odontoiatri;
- ☐ 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 ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento.*
- ☐ di *autorizzare l'uso dell'immagine fotografica nel profilo che sarà pubblicato nel sito web.*

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 tipo
N. 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 predette 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 (avvalendosi di tecnici informatici specializzati addetti alla manutenzione del sito).

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-mail segreteria.ro@pec.omceo.it.