

Bollo  
€. 16,00

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',**

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ ;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ;  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_ ;  
e-mail \_\_\_\_\_  
pec \_\_\_\_\_ (se non si è in possesso di PEC barrare la casella sottostante)
- Mi impegno ad attivare la PEC con convenzione OMCeO a seguito iscrizione
- di avere domicilio a (se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_
- di voler ricevere la corrispondenza presso  Residenza  Domicilio
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
anno immatricolazione \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia con valore abilitante all'esercizio della professione medica;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ nella sessione \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

(compilare solo se laurea conseguita all'estero)

- di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo in Italia con Decreto Ministeriale n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_ (indicare la data riportata sul decreto)

- di **non aver** riportato condanne penali e di non essere destinatario/a di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di 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 iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale;
- di **avere** riportato condanne penali  
Nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444c.p.p. (patteggiamento)

---

---

---

- di godere dei diritti civili
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di non essere mai stato iscritto, o esserlo attualmente, negli albi professionali di altro ordine (diversamente indicare dove e quando) \_\_\_\_\_
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo professionale di altro Ordine;
- di non essere impiegato in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego d'iscrizione all'albo;
- di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di depositare non appena conseguiti i titoli di specializzazione (ai sensi dell'art.3, commi 3 e 4 del DPR 221 del 05/04/1950)

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione anagrafica, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003 e S.M.I.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

FIRMA

Data.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FERMO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato ATTESTA,  
ai sensi dell'art. 30 T.U DPR 28/12/2000 n.445  
che il Dott. \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_  
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA.....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi dell'art. 13 del regolamento Eu 679/2016, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Fermo con sede legale in Corso Cefalonia n.69 Fermo, titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di iscrizione. Il conferimento dei dati è necessario e in sua mancanza non potremmo realizzare le finalità su menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi. I suoi dati personali saranno trattati per la durata della sua iscrizione all'Albo e successivamente saranno conservati per assolvere ad obblighi di legge. I dati che non saranno diffusi, se non per rispondere ad obblighi normativi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il nostro Ente dovesse avvalersi per la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'Unione Europea, potrà inviare una mail all'indirizzo [segreteria@omceofermo.it](mailto:segreteria@omceofermo.it) .  
La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [segreteria@omceofermo.it](mailto:segreteria@omceofermo.it) .

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di FERMO**



La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

**AUTORIZZO**

l'utilizzo delle fotografie per gli usi Istituzionali.

**DICHIARO**

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della Legge sulla privacy (675/96 succ. mod. ed integrazioni) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (art.7 del D.lgs. 196/2003).

Fermo \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_