

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

Bollo
€. 16,00

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

Il/la sottoscritto/a _____
Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di Fermo dal _____ al numero _____

CHIEDE

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

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 , n. 445 , il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 , n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____ ;
- codice fiscale _____ ;
- di essere residente a _____ prov. _____ ;
in via _____ n. _____, Tel. _____ ;
PEC _____ ,
- di essere cittadino/a _____ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.01.1980;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ ;
- 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 godere dei diritti civili

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione ;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 Regolamento Europeo 2016/679.

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.- D.P.R. 28 dicembre 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.

La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a segreteria@omceofermo.it.

Data _____

Firma _____