

Marca da bollo
16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di **COMO**

Il/La sottoscritto/a

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 risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

di essere nato a

Prov.

il

codice fiscale

di essere cittadino

di essere residente in

CAP

Prov.

Via

Tel.

di essere domiciliato a

Via

CAP

Prov.

recapito per la corrispondenza

Via

CAP

Prov.

indirizzo e-mail

indirizzo PEC

di aver conseguito il Diploma di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria in data

presso l'Università degli Studi di

con voti

n. matricola

anno di immatricolazione

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione dell'anno

presso l'Università degli Studi di

di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri (corso di formazione D.Lgs. 386/98)

di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data

presso l'Università degli Studi di con voti

di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980

di essere specialista in

(iscrizione al corso di specialità avvenuta prima del 31/12/1994)

di **godere** dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 **AVERE 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)

Per prima iscrizione

Il sottoscritto dichiara:

di non essere iscritto in altro Ordine 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 avere presentato ricorso alla Commissione Centrale od altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

Iscrizione per trasferimento

Il sottoscritto dichiara:

di essere iscritto all'Ordine-Albo odontoiatri di dal

di stabilire il proprio domicilio professionale in CAP

Via

di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti

di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

di svolgere la seguente attività

Reiscrizione

Il sottoscritto dichiara:

di essere stato iscritto all'Ordine-Albo odontoiatri di dal al

di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale

Iscrizione cittadini UE

Il sottoscritto dichiara:

di stabilire il proprio domicilio professionale in CAP

Via

di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale

di possedere il certificato di good standing che allega

Iscrizione cittadini extra UE

Il sottoscritto dichiara:

di stabilire il proprio domicilio professionale in CAP

Via

di essere in regola con il permesso di soggiorno, motivo del rilascio

scadenza

di essere stato iscritto al corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria in sovrannumero

di non essere stato iscritto al corso di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria in sovrannumero

di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

DATA

FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di COMO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il

Dott./ssa _____ 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 D.Lgs. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05.04.1950 n. 211 e della ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. Cognome e nome;
2. Luogo e data di nascita;
3. Cittadinanza;
4. Residenza o domicilio;
5. Codice fiscale;
6. Diploma di laurea e di abilitazione;
7. Eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. Eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. Eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. Godimento dei diritti civili

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSI' COME INDICATO

Data

FIRMA _____