



MARCA DA BOLLO EURO 16,00

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VERONA**

Il/La sottoscritto/a dott. _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DEGLI ODONTOIATRI di
codesto Ordine

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 45 del 2000 in caso di
dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al
provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75
d.p.r. 445/2000, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

- di essere nato a _____ (Prov. _____) il _____
Codice Fiscale _____
- di essere cittadino _____
- (solo per cittadini stranieri) permesso di soggiorno n. _____ rilasciato
da _____ scadente il _____
- di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____ in
Via _____
- di essere domiciliato a _____ (Prov. _____) CAP _____
in Via _____
- Tel. _____ cell. _____
e-mail _____ **pec** _____

Data _____

FIRMA

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____

DICHIARA

A) di aver superato l'esame di Laurea in _____ il giorno
_____ riportando punti _____
presso l'Università di _____

B) di aver sostenuto e superato l'esame di abilitazione all'esercizio professionale nella
sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università di _____

C) di aver conseguito la specialità in _____ il giorno
_____ riportando punti _____ presso l'Università di _____

PER I TITOLI CONSEGUITI ALL'ESTERO (presentare il documento in originale):

D) di aver conseguito la laurea in _____ il giorno
_____ presso l'Università di _____ riconosciuta con
Decreto del Ministero della Salute in data _____

E) di aver conseguito la specialità in _____ il giorno
_____ presso l'Università di _____ riconosciuta con
Decreto del Ministero della Salute in data _____

Il/ la sottoscritto / a , consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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.

IL DICHIARANTE

Spazio riservato all'Ordine

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA ai sensi della legge 04.01.1968
n. 15 che il dott. _____ identificato a mezzo
_____ n. _____
rilasciato il _____ da _____ ha sottoscritto e
firmato la dichiarazione in sua presenza.

Data _____

L'INCARICATO

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Il sottoscritto dott. _____
nato a _____ il _____

DICHIARA DI

- **avere** **non avere** riportato condanne penali;
- _____
- **essere** **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misura di prevenzioni, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- **essere** **non essere** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- **avere** **non avere** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- _____
- **essere** **non essere** stato iscritto in altro Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione Europea ;
- _____ **(indicare città o Stato)**
- di non essere impiegato a tempo pieno in una PA 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 dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli esercenti le Professioni Sanitarie o altro organo giurisdizionale avverso al rigetto della domanda di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati riportati (pec compresa) ,e/o modifica o perdita dei diritti, così come specificatamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2 del codice di Deontologia Medica.

Il/ la sottoscritto / a , consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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.

IL DICHIARANTE

Spazio riservato all'Ordine

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA ai sensi della legge 04.01.1968 n. 15 che il dott. _____ identificato a mezzo _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ ha sottoscritto e firmato la dichiarazione in sua presenza.

Data _____

L'INCARICATO

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Verona , in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dott./essa

_____ /
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

La versione integrale dell'informativa è presente anche nella sezione "modulistica " del sito www.omceovr.it.

Data _____

Firma _____

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO DELL'ORDINE

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, in presenza della Sig.

(firma del dipendente addetto)

ALLEGATI:

- Attestazione del versamento di **168,00** euro, da effettuarsi sul C/C postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative (Codice Tariffa 8617);
- Una fotografia formato tessera;
- Fotocopia del codice fiscale;
- 1 marca da € 16,00
- una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- una copia del permesso di soggiorno solo per cittadini stranieri

Quota di prima iscrizione da pagare **all'atto della presentazione della domanda** tramite emissione codice IUV da parte dell'Ordine.

NON E' PIU' POSSIBILE PRESENTARE BONIFICO BANCARIO.