



MARCA DA BOLLO
€ 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 per trasferimento dall'Ordine di _____

Ai sensi e per gli effetti della Legge 04.01.68 n. 15 e della Legge 15.05.97 n. 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 Legge 04.01.68, n. 15)

DICHIARA

- di essere nato a _____ (Prov. _____)
il _____ Codice Fiscale _____
- di essere cittadino _____
- permesso di soggiorno n _____ rilasciato da _____ scadente
il _____
- di essere residente a _____ (Prov. _____)
CAP _____ Via _____
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____
- di avere stabilito il **domicilio professionale** a _____
(Prov _____) CAP _____ Via _____
Tel. _____ cell. _____
e-mail _____ **pec** _____
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all' Enpam
- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

data _____

Allegati:

- Quota trasferimento di euro 25,00 da pagare **all'atto della presentazione della domanda** tramite emissione codice IUV da parte dell'Ordine.

-copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

-Permesso di soggiorno in corso di validità (se cittadino extracomunitario)

-Fototessera in formato jpeg per tesserino

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera a) DPR 403/98 e successive modifiche)

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 _____

dichiara inoltre di essere al corrente che eventuali dichiarazioni mendaci o falsità sono
perseguibili penalmente così come previsto dall'art. 26 lg. 15/68.

IL DICHIARANTE

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera a) D.P.R. 403/98 e successive modifiche)

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;
- _____

Il/ la sottoscritto / a , consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 66 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)