



**MARCA DA BOLLO**

**€ 16,00**

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

Il sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE ALL'ALBO \_\_\_\_\_ DI CODESTO ORDINE  
MANTENENDO L'ISCRIZIONE ALL'ALBO \_\_\_\_\_**

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 \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_
- laureato in \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_
- abilitato presso l'Università di \_\_\_\_\_  
nella sessione \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_
- **di aver superato la prova attitudinale per odontoiatria di cui al D. lgs 386/98 e al D.M. 6 agosto 2001 e successive modificazioni presso l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_**
- **di essere immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia antecedentemente al 28.01.1980**
- iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**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);

- Fotocopia del codice fiscale;

-1 marca da € 16.00

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

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

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

**NON E' PIU' POSSIBILE PRESENTARE BONIFICO BANCARIO.**

## 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](http://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)