

**All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
degli Odontoiatri della Provincia di Modena**

Il sottoscritto: Cognome
Nome

C H I E D E

L'ISCRIZIONE ALL' ALBO DEGLI ODONTOIATRI DELL'ORDINE DI MODENA

per trasferimento dalla Provincia di

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000),

DICHIARA

di essere nato a Prov.

Stato estero il

di essere cittadino codice fiscale

Codice Enpam:

di essere residente: **la residenza deve essere conforme con i dati fiscali in possesso del Ministero delle Finanze**

indicare per esteso.
via/v.le/ Corso/ P.zza nr. ...
interno **scala** **edificio** **altro**
Frazione /località
Comune..... CAP Provincia

di avere il DOMICILIO PROFESSIONALE:
indicazione **obbligatoria** per un iscritto che esercita in provincia diversa da quella di residenza

COMUNICAZIONE DATO DOMICILIO PROFESSIONALE
indicare per esteso.
via/v.le/ Corso/ P.zza nr. ...
interno **scala** **edificio** **altro**
Frazione /località
Comune..... CAP Provincia

ALTRO:

COMUNICAZIONE DOMICILIO O ALTRO INDIRIZZO
indicare per esteso.
via/v.le/ Corso/ P.zza nr. ...
interno **scala** **edificio** **altro**
Frazione /località
Comune..... CAP Provincia

INDICARE CON [X] L'INDIRIZZO DI POSTA

- tel.cell.
-
- indirizzo e-mail
- indirizzo PEC

Domanda iscrizione per trasferimento Albo Medici Chirurghi

- di aver conseguito il diploma di laurea in presso l'Università degli Studi di in data voto
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di voto
- di essere iscritto nell'Albo provinciale degli Odontoiatri di in data al n. iscrizione

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM alla data di presentazione della domanda;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Data.....

firma

allegati:

- domanda in marca da bollo
- ricevuta tassa di iscrizione per trasferimento di € 10,00 da assolvere presso la segreteria;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- tre foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione;
- fotocopia codice fiscale.

All'Ordine Prov.le dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
P.le Boschetti, 8
41121 Modena

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto.....

Nato il a

Iscritto : Albo Medici Chirurghi

Albo Odontoiatri

ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000)

DICHIARA sotto la propria responsabilità di aver conseguito quanto segue:

SPECIALITA'

Università

voto suLode [] S / N in **data**

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

La pubblicazione dei titoli nell'Albo professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

.....,/...../.....

Firma

.....

Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso alla privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.

CONSENSO PRIVACY

Informativa ai sensi art. 13 D. Lsg. 196/2003.

In conformità al disposto dell' art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati nel rispetto delle idonee misure di sicurezza per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici e Enti previdenziali (nell'ambito dello svolgimento dell'attività ordinistica);

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell' art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all' art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine. Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

.....,/...../.....

Firma

INVIO PER POSTA, PER FAX, E-MAIL
Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).

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 del Sig. _____

.....
(firma del dipendente addetto)

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

C.P. 380 Modena Centro - P.le Boschetti n. 8 – 41121 MODENA

- tel. 059/247711 - Fax 059/247719
- e.mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it
- PEC : ordine.mo@pec.omceo.it
- www.ordinemedicimodena.it