

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

Il sottoscritto : Cognome

Nome

CHIEDE

la contemporanea iscrizione all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine mantenendo l'iscrizione all'Albo degli 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

- di essere nato aProv. CAP.....il
- codice fiscale
- di essere residente/domiciliato aCAP.....prov.
- in vian..... tel.
- indirizzo e-mail
- di essere cittadino
- di aver conseguito il diploma di **laurea in medicina e chirurgia** il presso l'Università degli Studi di voto
- di aver conseguito il diploma di **odontoiatria e protesi dentaria** il presso l'Università degli Studi di voto
- di aver superato l'esame di abilitazione alla professione di **medico chirurgo** nellasessione dell'anno presso l'Università degli Studi di voto
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia antecedentemente al
- 28.01.1980, presso l'Università di
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma, della L. 409/85, conseguito presso l'Università degli Studi di in data
- di essere iscritto all'albo prov.le degli Odontoiatri di in data.....
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione 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 esser sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione 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 provinciale;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del DLgs 196/03 e esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

Data.....

firma

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;

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

Nato a il

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

^v^v^v

DOCUMENTI DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE :

1. domanda in bollo;
2. ricevuta versamento **tassa di Concessione Governativa** € 168,00 (bollettino di c/c postale intestato a:
AGENZIA DELLE ENTRATE – Centro Operativo di Pescara – Via Rio Sparto, 21 65100
PESCARA - c/c n. 8003 - codice tariffa 8617);
3. copia bonifico bancario **tassa annuale di iscrizione all'Ordine di € 50,00 per il 2015**
da effettuare a:
 - ORDINE PROV.LE MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA
 - c/o Banca Popolare dell'Emilia Romagna – sede di Modena –
IBAN IT 14 T 05387 12900 000000022412 BIC - BPMOIT22XXX
 - causale: cognome nome – quota iscrizione albo medici chirurghi anno
4. fotocopia del documento di identità in corso di validità;
5. fotocopia del codice fiscale;
6. due foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.