

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di ModenaIl sottoscritto: **Cognome****Nome****CHIEDE**l'iscrizione all'**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

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.

se Stato estero il

di essere cittadino codice fiscale

 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

indicare per esteso.

via/v.le/ Corso/ P.zza nr.

interno **scala** **edificio** **altro**

Frazione /località

Comune..... CAP Provincia

 ALTRO INDIRIZZO

indicare per esteso.

via/v.le/ Corso/ P.zza nr.

interno **scala** **edificio** **altro**

Frazione /località

Comune..... CAP Provincia

CONTRASSEGNARE CON**[X]****L'INDIRIZZO DA UTILIZZARE QUALE RECAPITO POSTALE**

- tel. cell. ;

- indirizzo e-mail ;

DATI DI LAUREA E ABILITAZIONE

di aver conseguito il diploma di laurea in **medicina e chirurgia**

presso l'Università di

voto su lode s/n data Anno immatricolazione

di aver superato l'**esame di abilitazione professionale** presso l'Università di:

voto su ANNO Accademico sessione [] 1^ - [] 2^

Per cittadini comunitari ed extracomunitari:

- **di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea;**
- **di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;**
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo, di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;
- 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 dei medici chirurghi;
- 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;

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

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.

Accosento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.

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

Firma

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

DOCUMENTI DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE :

1. domanda in bollo;
2. copia bonifico bancario **tassa annuale di iscrizione all'Ordine** di € **145,00** - 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

3. ricevuta versamento **tassa di Concessione Governativa** € **168,00** (bollettino di c/c postale **N. 8003** intestato a:
AGENZIA DELLE ENTRATE – Centro Operativo di Pescara – Via Rio Sparto, 21 65100 PESCARA - c/c n. 8003 - codice tariffa 8617);
4. fotocopia del documento di identità in corso di validità;
5. fotocopia del codice fiscale;
6. n. 2 foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.