

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

Il sottoscritto: **Cognome** .....

**Nome** .....

### C H I E D E

l'iscrizione all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** 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),

### D I C H I A R A

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 **ODONTOIATRIA**  
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 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 egli Odontoiatri;
- 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.  
Acconsento 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 odontoiatri 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. 3 foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.