

MARCA
DA BOLLO
€ 16,00

Spett.le
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
FOGGIA

DOMANDA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....
nato/a(Prov).....
il.....Codice Fiscale.....
Tel.....Cell.....
e-mail.....PEC.....

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Spett.le Ordine.

A tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA
ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere nato/a aProv. il.
- di essere residente aProv.CAP.....
in Via/P.zza n°.....
- di essere domiciliato/a aProv.CAP.....
in Via/P.zza..... n°.....
- di essere cittadino/a
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data
presso l'Università degli Studi dicon voto...../110.....
anno di immatricolazione al corso di laurea.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessioneAnno.....
con voto.....presso l'Università degli Studi di
- di aver acquisito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2018, n. 58;
- di aver conseguito la valutazione prescritta dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca n. 445 del 2001;
- di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia con valore abilitante all'esercizio della professione medica;
- di NON AVER RIPORTATO condanne penali e di non essere destinatario 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 AVER RIPORTATO condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel casellario giudiziale;

di AVERE RIPORTATO le seguenti condanne penali:

(Nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento):

di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

di NON ESSERE iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;

di NON ESSERE mai stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;

di ESSERE STATO iscritto all' Albo provinciale dei Medici Chirurghi di:

(Nel caso di precedente iscrizione ad altro Albo dei Medici-Chirurghi produrre copia conforme del provvedimento di cancellazione):

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Data

firma.....

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE,

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).
- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.
- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;
- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.
- Dichiaro di impegnarsi a regolarizzare la propria posizione amministrativa, per quanto concerne la tassazione governativa, bollo, tassa annuale d'iscrizione all'Albo, entro 15 giorni dal termine del periodo emergenziale, come definito dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 26 del 1.2.20;
- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data

firma.....

Si allega alla presente:

- a) N.1 Marca da bollo € 16,00
- b) fotocopia documento di identità in corso di validità;
- c) fotocopia della tessera del codice fiscale;
- d) due fotografie formato tessera formato piccolo CV (cm 3 larghezza e cm 3,5 altezza bordo carta finito);
- e) Attestazione di versamento della tassa concessione governativa di € 168,00 da effettuarsi sul c/c postale n. 8003 intestato Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative (N.B.: utilizzare esclusivamente il modello pre-intestato reperibile presso gli Uffici Postali oppure presso la Segreteria Ordinistica) Codice 8617, Anno del versamento, Causale Rilascio, indicando tutti i propri dati, sesso, luogo e data di nascita ed il Codice Fiscale;
- f) Versamento di € 145,00 a mezzo avviso di pagamento PAGOPA che va richiesto esclusivamente tramite e-mail a: omceofg@omceofg.it, indicando nell'oggetto PAGAMENTO TASSA NUOVA ISCRIZIONE – RICHIESTA EMISSIONE PAGOPA e nel corpo del messaggio scrivere Nome, Cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza e email
- g) Fotocopia versamento tassa regionale per l'esercizio della professione (le relative informazioni vengono date dalle singole Università e rispettivamente alle afferenti Regioni in cui sono collocate le Università presso le quali si è conseguita la Laurea)
- h) PEC – Posta Elettronica Certificata, serve esserne in possesso .

La domanda di Iscrizione e i documenti devono essere portati personalmente dall'interessato presso la Segreteria dell'Ordine, previo appuntamento telefonico.

ATTENZIONE: le dichiarazioni rese nella domanda di iscrizione saranno sottoposte a verifica presso gli Enti competenti.

L'Iscrizione all'Albo Medici Chirurghi verrà deliberata nella prima riunione utile. Dell'avvenuta Iscrizione, sarà data comunicazione tramite PEC.

Informativa ex art.13 D.Lgs 196/2003 e art.7,12,13,14 Regolamento UE 679/2016 e consenso per la raccolta, il trattamento e la protezione di dati personali e sensibili

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs.196/03 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016 il trattamento dei dati da Lei forniti sarà improntato sui principi di correttezza, liceità, trasparenza, limitazione della finalità, minimizzazione dei dati, esattezza, limitazione della conservazione, integrità e riservatezza, così tutelando i suoi diritti.

In particolare, eventuali dati particolari, possono essere oggetto di trattamento solo con il consenso scritto dell'interessato e previa indicazione specifica della finalità del trattamento.

Ai sensi dell'art.13 del D.Lgs 196/2003 e artt.5, 6, 13 del Regolamento UE n.679/2016, La informiamo che:

1) i dati da Lei forniti o acquisiti sono trattati ai fini: A) della tenuta, aggiornamento e pubblicazione dell'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ai sensi del DPR 221/1950; B) delle attività strettamente connesse agli obblighi previsti da leggi e regolamenti, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo

2) i Suoi dati saranno raccolti su indicazioni da lei fornite

3) Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità:

Cartacea;

Informatizzata.

4) I dati raccolti:

Saranno diffusi nelle misure e nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e successive modifiche ed integrazioni; dall'art.61 del D.lgs 196/2003 e dell'art.4, c.2 del Regolamento 679/16 UE

I soli dati personali potranno essere comunicati a soggetti ai quali sia accordata la facoltà di accedere ai dati stessi da disposizioni di legge; a soggetti interni autorizzati e a soggetti esterni pubblici o privati o diffusi anche mediante rete di comunicazione elettronica.

Saranno conservati presso la nostra sede in ottemperanza a quanto previsto dal D.Lgs 196/2003 e dal Regolamento UE 679/2016 fino a che il suo nominativo resterà inserito all'interno dell'Albo

5) Il titolare del trattamento è

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FOGGIA, con sede in Foggia, via Vincenzo Acquaviva n. 48; tel.0881743481; email: omceofg@omceofg.it

6) Il rifiuto a fornire i Suoi dati comporta da parte dell'Ente, l'impossibilità di adempiere ai propri obblighi istituzionali

7) In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art. 13 del D.lgs 196/2003 e artt da 12 a 23 del Regolamento UE 679/2016 che di seguito riportiamo:

Diritto ad ottenere la conferma dell'esistenza, o meno, di dati personali Suoi, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intellegibile

Diritto ad ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali, delle finalità e delle modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'art 5, comma 2, del D.lgs 196/2003; dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venire a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabile o incaricati

Diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi sia Suo interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati; l'attestazione che le operazioni che precedono sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.

Diritto di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei Suoi dati personali ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; di limitare l'adesione ai trattamenti

Diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei Suoi dati nei limiti previsti dalla normativa vigente, senza ingiustificato ritardo: se i dati non sono più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti o trattati; in caso di revoca del consenso prestato ed in assenza di un motivo per trattare i dati; in caso di opposizione al trattamento ed in assenza di un motivo legittimo prevalente per procedere al trattamento; in caso di trattamento illecito dei dati; in caso di obbligo di cancellazione per adempiere ad un obbligo di diritto o di legge; se i dati sono stati raccolti per l'offerta di servizi della società dell'informazione.

Diritto ad ottenere da parte del titolare del trattamento tutti i Suoi dati personali, se trattati in modo automatizzato, in un formato strutturato, di uso comune, leggibile da dispositivo automatico e interoperabile, in modo da poterli trasmettere agevolmente ad un altro fornitore di servizi o comunque ad altro titolare del trattamento.

Letto quanto sopra esprimo il consenso.

Data _____

Firma _____