

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.....

C H I E D E

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, 47 e 48 del D.P.R. n. 445/2000

- di essere nato/a aProv. il.
- di essere cittadino/a Codice Fiscale.....
- di essere residente inProv.CAP.....
Via/P.zzan°.....
- Tel.....Cell.....
- e-mail.....PEC.....
- **(compilare solo se diverso alla residenza): di avere domicilio eletto/istituire domicilioprofessionale in:**
Comune Prov. CAP.....
Via/P.zza..... n°.....
- 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 predetto corso di laurea nell'a.a
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessioneAnno.....
con voto.....presso l'Università de gli Studi di
- di aver acquisito pre-laurea il giudizio positivo di idoneità per l'espletamento dell'esercizio professionale
presso l'Università degli Studi di in da ta.....
con voto.....
- 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;

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 (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. l'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.
- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data

firma apporsi all'atto della consegna

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 Dlgs 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 _____

AVVERTENZA:

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

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI FOGGIA**

Il/La sottoscritto/a _____ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del D.P.R. N. 445 del
28.12.2000 che il Dott. _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

Foggia, _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

Riservato all'Ordine

Iscritto nel Consiglio Direttivo del _____

Con numero d'Iscrizione _____

Delibera consiliare n. _____

N.B.: Per i Documenti da allegare alla domanda di Iscrizione consultare l'Elenco per le Prime Iscrizioni Albi predisposto sul Sito www.omceofg.it – sezione modulistica online.

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.**