

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**



**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI
VIBO VALENTIA**

Il sottoscritto.....

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine di

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato a..... prov..... il.....
- codice fiscale.....
- di essere residente a prov cap.....
- in via..... tel.....
- indirizzo e-mail
- indirizzo PEC
- di essere cittadino
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il
presso l'Università degli Studi di
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione..... dell'anno.....
presso l'Università degli Studi di
- di essere iscritto all'Albo Medici dell'Ordine di
dal..... al n.
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di aver riportato condanne penali;
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo

•di essere stato informato sulla modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196 e dal GDPR(UE) 679/2016

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

FIRMA

Data _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003 e GDPR(UE) 679/2016

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950, D.Lgs. 196/2003 e GDPR(UE) 679/2016. Ai sensi del D.Lgs. 196/2003 e GDPR(UE) 679/2016 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi al responsabile della segreteria.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI VIBO VALENTIA

Il sottoscritto _____,

ATTESTA che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____

rilasciata il _____ da _____

ha sottoscritto in sua presenza la presente istanza.

Data _____

Firma _____