

Procedura per l'iscrizione nella sezione speciale dell'Albo delle società tra professionisti (STP)

1. la domanda deve essere presentata dal Legale Rappresentante;
2. la società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli Albi tenuti presso l'Ordine professionale nella cui circoscrizione è posta la Sede Legale;
3. compilare la domanda in stampatello (in maniera chiara e leggibile), indicando tutti i dati richiesti e apponendo la marca da bollo di euro 16,00;
4. il Legale Rappresentante deve presentarsi munito di documento di identità, ovvero allegarne copia qualora produca l'istanza per il tramite di terzi o la trasmetta per le vie postali (per quest'ultimo caso, è opportuno provvedere a mezzo raccomandata a/r. Diversamente, gli uffici non risponderanno di eventuali disguidi);

Segnaliamo che avranno diritto alla iscrizione nella nuova sezione dell'albo soltanto le società che saranno costituite secondo le modalità indicate nel D.M. 8 febbraio 2013 n. 34 e che rientrino fra quelle tipiche di cui al codice civile.

da allegare:

- 1) Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante;
- 2) Fotocopia della Partita IVA e/o del codice fiscale della Società;
- 3) Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- 4) Elenco nominativo:
 - a) dei Soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei Soci iscritti all'Ordine di Vibo Valentia (con indicazione dell'Albo di Appartenenza);
 - c) dei Soci iscritti ad altri Ordini o Collegi (con indicazione dell'Albo di appartenenza);
 - d) degli altri Soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- 5) Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 6) Certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 7) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34;
- 8) ricevuta comprovante il pagamento della "*Tassa Concessioni Governative*" di Euro 168,00 da effettuarsi tramite il bollettino prestampato disponibile presso gli uffici postali.
 - da versarsi a mezzo c/c postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara
- 9) Pagamento di Euro 180,00 da corrispondere tramite avviso di pagamento associato al circuito PagoPA (la piattaforma per i pagamenti verso le pubbliche amministrazioni con modalità telematiche) con la seguente modalità:

Il nuovo sistema PagoPA prevede che le Pubbliche Amministrazioni compresi Ordini e Collegi, debbano ricevere i contributi tramite Concessionario, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Vibo Valentia ha affidato ad Italriscossioni srl il servizio di gestione della quota in oggetto, pertanto si dovrà contattare la nostra segreteria per fornirci i dati da comunicare ad ITALRISCOSSIONI per l'emissione del Bollettino PagoPA.

Le autocertificazioni, e l'informativa sulla privacy ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali sono redatte sulla domanda di iscrizione

Avvertenze:

- Si informa che i dati forniti verranno trasmessi alla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per la relativa competenza).

Il Legale Rappresentante si impegna, ai sensi dell'art.9 del D.M. 8 febbraio 2013, n.34, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni societarie comprese le variazioni anagrafiche.
- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 T.U. – DPR 445/2000)

Si precisa che l'iscrizione nella sezione speciale dell'Albo ha decorrenza dalla data della delibera del Consiglio Direttivo dell'Ordine (NON già dalla presentazione della domanda)

marca da bollo

€ 16,00

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
di Vibo Valentia

Prot.n. del

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
VIBO VALENTIA**

Viale Affaccio, 217 (Palazzo Agorà) 89900 Vibo Valentia

OGGETTO: Domanda di iscrizione STP

...I... sottoscritt... Dott. (cognome e nome)

nat... a (Prov.) il

telefono fax:

cellulare e-mail:

Codice fiscale: PEC

**consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e
consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle
dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità**

D I C H I A R A

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, sotto la sua personale responsabilità

di essere Legale Rappresentante della Società tra Professionisti denominata

.....

con sede legale in

indirizzo CAP

(indicare se presenti anche sedi secondarie)

Codice fiscale e/o Partita IVA

telefono fax:

cellulare e-mail:

Codice fiscale: PEC

iscritta al Registro delle imprese di al n. dal
avente come oggetto sociale

CHIEDE

a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n.34, l'iscrizione della Società nella Sezione Speciale dell'Albo di Messina.

Allega alla presente la seguente documentazione obbligatoria: *

- 1) Fotocopia del documento d'identità e del codice fiscale del Legale Rappresentante;
- 2) Fotocopia della Partita IVA e/o del codice fiscale della Società;
- 3) Atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- 4) Elenco nominativo:
 - a) dei Soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei Soci iscritti all'Ordine di Vibo Valentia (con indicazione dell'Albo di appartenenza)
 - c) dei Soci iscritti ad altri Ordini o Collegi (con indicazione dell'Albo di appartenenza);
 - d) degli altri Soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- 5) Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- 6) Certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- 7) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.

Il/La sottoscritto/a si impegna, altresì, ai sensi dell'art.9 del D.M. 8 febbraio 2013, n.34, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni societarie comprese le variazioni anagrafiche (indirizzo, residenza, recapito telefonico, mail o PEC).

.....
data

.....
firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il/la richiedente

☐ ha sottoscritto l'istanza in sua presenza

☐ ha presentato l'istanza per il tramite di

.....
data

.....
firma dell'incaricato che riceve l'istanza

** Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47. "*



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

**CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI PER DATI
RACCOLTI PRESSO L'INTERESSATO**

PER IL TRATTAMENTO:

Sito Web

**ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 679/2016 relativo alla protezione delle
persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali**

Ordine dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri di Vibo Valentia (nel seguito la "Società" o il "Titolare"), con sede legale in **Viale Affaccio (Palazzo Agorà) 217 89900VIBO VALENTIA (VV) Italia** e P. IVA **01589150794**, in qualità di titolare del trattamento, vi informa, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo 679/2016 relativo alla protezione dei dati personali ("GDPR"), in merito al trattamento dei vostri dati personali che sarà effettuato dallo scrivente.

1. Tipologia di dati trattati

La Società è titolare del trattamento dei dati personali comunicati dall'Utente allo scrivente e comprendono:

altro (log di navigazione internet)

Cognome, nome, sesso, data di Nascita, Comune di nascita, Provincia di Nascita, Stato di Nascita, Tipo Documento, Numero Documento, Luogo rilascio documento

Comunicazione elettronica

Lavoro (occupazione attuale, precedente, curriculum, ecc.)

Professione dichiarata

Personali - Identificativi

Certificato di abilitazione alla professione

Indirizzo e-mail, Numero di Telefono / Cellulare

2. Finalità del trattamento

Il trattamento dei Dati è effettuato dalla Società nello svolgimento delle sue attività. In particolare, i Dati forniti dagli Interessati saranno oggetto di trattamento, con strumenti informatici e non, per le seguenti finalità:



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

sistemi informatici e le procedure software preposte al funzionamento di questo sito acquisiscono, nel normale esercizio, alcuni dati personali che vengono poi trasmessi implicitamente nell'uso dei protocolli di comunicazione Internet

- **Il criterio di liceità per il quale si rende possibile il trattamento è:**
L'interessato deve esprimere il consenso al trattamento dei propri dati personali per la specifica finalità
- **Il cui fondamento trova riscontro in una Normativa Di Riferimento:**
Normativa Nazionale
- **Richiesto Consenso per la finalità: SI**

PERTANTO:

Io sottoscritto/a: _____

Codice fiscale: _____

acconsento/non acconsento a che il Titolare del Trattamento ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la normativa di riferimento del trattamento e, per tale motivo,

☐ **Presta il consenso**

☐ **Nega il consenso**

Firma _____

3. Modalità del Trattamento

I Dati saranno trattati dalla Società con sistemi elettronici e manuali secondo i principi di correttezza, lealtà e trasparenza previsti dalla normativa applicabile in materia di protezione dei dati personali e tutelando la riservatezza dell'Interessato tramite misure di sicurezza tecniche e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato.

4. Conservazione dei dati

I Dati forniti dall'Interessato saranno trattati per una durata:

- **Data inizio:** ____ / ____ / ____
- **Criterio durata: Periodo prestabilito**
- **Durata: 10 Anno/i**

Viale Affaccio, 217 (Palazzo Agorà) – 89900 Vibo Valentia
Tel.: 0963.93607 – e-mail: info@omceovv.it Pec: segreteria.vv@pec.omceo.it
C.F. / P.IVA 96005510795



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

5. Comunicazione, diffusione e trasferimento dei Dati

I Dati saranno trattati, nei limiti di quanto necessario, dal personale autorizzato, adeguatamente istruito e formato, dal Titolare nonché dal personale dei soggetti terzi che prestano servizi al Titolare ed effettuano trattamenti di Dati per conto e su istruzione di quest'ultimo quali responsabili del trattamento.

In caso di comunicazione a terzi i destinatari potranno essere:

- **Destinatario: Ordini e collegi professionali**
- **Destinatario: Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri**
- **Destinatario: Organismi pubblici**
- **Descrizione: Organismi pubblici**
- **Destinatario: Fornitori di Servizi**
- **Descrizione: Fornitori di Servizi**

Destinatari:

Non sono stati definiti specifici destinatari ai quali I dati potranno essere comunicati

Più in generale, nello svolgimento delle proprie attività ordinarie aziendali i Dati potranno essere comunicati a soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dal Titolare, consulenti e liberi professionisti nel contesto di servizi di assistenza fiscale, giudiziale e in caso di operazioni societarie per cui si renda necessario valutare gli asset aziendali, enti e amministrazioni pubbliche, nonché a soggetti legittimati per legge a ricevere tali informazioni, autorità giudiziarie italiane e straniere e altre pubbliche autorità, per le finalità connesse all'adempimento di obblighi legali, o per l'espletamento delle obbligazioni assunte e scaturenti dalla relazione contrattuale, compreso per esigenza di difesa in giudizio.

I dati raccolti non saranno oggetto di trasferimento in paesi extra ue

6. Attività di profilazione e/o elaborazione automatica

Qualora il trattamento dei suoi dati preveda una attività di profilazione o di elaborazione automatica, queste sono le caratteristiche:

I dati raccolti non saranno oggetto di profilazione né elaborazione automatica

7. Ulteriori soggetti collegati al trattamento

Viale Affaccio, 217 (Palazzo Agorà) – 89900 Vibo Valentia
Tel.: 0963.93607 – e-mail: info@omceovv.it Pec: segreteria.vv@pec.omceo.it
C.F. / P.IVA 96005510795



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

Titolare/i ed eventuale/i rappresentante/i in UE:

- **Nome e cognome del rappresentante del titolare: Antonino Francesco Giuseppe Maglia**
- **Codice fiscale del rappresentante del titolare: MGLNNN54C17G722O**

Contitolare/i:

- **Nome e Cognome: Antonino Francesco Giuseppe Maglia**
- **Codice_fiscale: MGLNNN54C17G722O**
- **Nome e Cognome: Stefania Barone**
- **Codice_fiscale: BRNSFN85P70C933T**
- **Nome e Cognome: Raffaele Bava**
- **Codice_fiscale: BVARFL56H02D453Y**
- **Nome e Cognome: Giuseppe Crispino**
- **Codice_fiscale: CRSGPP60C19F537I**
- **Nome e Cognome: Francesco Del Giudice**
- **Codice_fiscale: DLGFNC77R27F537T**
- **Nome e Cognome: Agostino Naso**
- **Codice_fiscale: NSAGTN80C02L452B**
- **Nome e Cognome: Vincenzo Gerardo Natale**
- **Codice_fiscale: NTLVCN57E04L240L**
- **Nome e Cognome: Loredana Patrizia Caterina Pilegi**
- **Codice_fiscale: PLGLDN60L43G722Q**
- **Nome e Cognome: Giovanni Rubino**
- **Codice_fiscale: RBNGNN65C30F537F**
- **Nome e Cognome: Vincenzo Scarmozzino**
- **Codice_fiscale: SCRVCN53T24A043K**
- **Nome e Cognome: Tindarina Todaro**
- **Codice_fiscale: TDRTDR69D45F158P**

Responsabile/i:

Non è prevista la nomina di un responsabile per il/i trattamento/i in oggetto



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

Dpo:

- **Nome e Cognome: Antonello Bonaddio**
- **Codice_fiscale: BNDNNL80E01M208Y**

8. Quali sono i diritti dell'Interessato

L'Interessato potrà esercitare, in relazione al trattamento dei dati ivi descritto, i diritti previsti dal GDPR (artt. 15-21), ivi inclusi:

- ricevere conferma dell'esistenza dei Dati e accedere al loro contenuto (diritti di accesso);
- aggiornare, modificare e/o correggere i Dati (diritto di rettifica);
- chiederne la cancellazione o la limitazione del trattamento 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 altrimenti trattati (diritto all'oblio e diritto alla limitazione);
- opporsi al trattamento (diritto di opposizione);
- proporre reclamo all'Autorità di controllo (Garante per la protezione dei dati personali www.garanteprivacy.it) in caso di violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali;
- ricevere copia in formato elettronico dei Dati che lo riguardano come Interessato, quando tali Dati siano stati resi nel contesto del contratto e chiedere che tali Dati siano trasmessi ad un altro titolare del trattamento (diritto alla portabilità dei dati).

Per esercitare tali diritti l'Interessato può contattare il Titolare del trattamento inviando una comunicazione a:

- **Tipo contatto: Telefono**
- **Recapito: 0963 93607**
- **Tipo contatto: E-mail**
- **Recapito: info@omceovv.it**
- **Tipo contatto: PEC**
- **Recapito: segreteria.vv@pec.omceo.it**
- **Tipo contatto: Sito Web**
- **Recapito: <https://www.omceovvnews.it/>**

Nel contattarci, l'Interessato dovrà accertarsi di includere il proprio nome, email/indirizzo postale e/o numero/i di telefono per essere sicuro che la sua richiesta possa essere gestita correttamente.

Viale Affaccio, 217 (Palazzo Agorà) – 89900 Vibo Valentia
Tel.: 0963.93607 – e-mail: info@omceovv.it Pec: segreteria.vv@pec.omceo.it
C.F. / P.IVA 96005510795



Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Vibo Valentia

PERTANTO:

Io sottoscritt _____

Codice fiscale: _____

acconsento a che il Titolare del Trattamento ponga in essere le attività sopra descritte per le quali il consenso rappresenti la base giuridica del trattamento e, per tale motivo,

☐ **Presta il consenso**

☐ **Nega il consenso**

(NB la casella NON deve essere pre-flaggata e si deve tenere traccia sia dei moduli che della prestazione del consenso stesso).

Località e data VIBO VALENTIA, ___ / ___ / _____

Firma _____