

## DOCUMENTI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO – CITTADINI COMUNITARI

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE DA COMPILARE SECONDO IL MODELLO ALLEGATO, CON **MARCA DA BOLLO DI euro 16,00**
2. RICEVUTA DI VERSAMENTO SU CONTO CORRENTE POSTALE ATTESTANTE L'AVVENUTO PAGAMENTO DELLA TASSA CONCESSIONI GOVERNATIVE (**BOLLETTINO G.U. 8003**) DI **euro 168.00** INTESTATO A: **UFFICIO REGISTRO TASSE GOVERNATIVE**
3. N. 2 FOTOGRAFIE

4. RICEVUTA DI VERSAMENTO DELLA QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DA EFFETTUARE SU:  
**C/C bancario                      MONTE DEI PASCHI DI SIENA**

**IBAN                                      IT73L010301440400000263818**

**INTESTAZIONE                      ORDINE PROVINCIALE MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI TERNI**

**CAUSALE                              ISCRIZIONE ALBO \_\_\_\_\_ (Medici o Odontoiatri)**

**Anno \_\_\_\_\_**

**IMPORTO                              euro 186,00 (tassa di prima iscrizione euro 1,00 + quota annuale euro 185,00)**

LA DOMANDA POTRA' ESSERE PRESENTATA:

- PERSONALMENTE DALL'INTERESSATO MUNITO DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'\*
- PRESENTATO DA UNA TERZA PERSONA MUNITA DI COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DELL'INTERESSATO \*;
- INVIATA PER POSTA CON ACCLUSA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL SANITARIO DA ISCRIVERE \*.

*\*(ART. 35, 2' Comma D.P.R 445/2000: "Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato")*

Bollo

Al Presidente dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della provincia di Terni

Ogg.: domanda di prima iscrizione cittadini comunitari.

l sottoscritt \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI (*cancellare la voce che non interessa*)  
di codesto Ordine.

Consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci e che all'eventuale accertamento della non  
veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza consegnerà la decadenza dei benefici ottenuti e la trasmissione  
degli atti alla Procura, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,
- tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ ;
- di avere il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ o presso la struttura  
\_\_\_\_\_ ;
- di avere il seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere cittadino \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria (*cancellare la voce che non interessa*),  
il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ o verificato dal Ministero della Salute  
con decreto del \_\_\_\_\_ ;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di medico chirurgo / odontoiatra, (*cancellare la voce che non  
interessa*) nella sessione di \_\_\_\_\_,  
presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ; o  
verificata dal Ministero della Salute con decreto del \_\_\_\_\_ ;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (*in caso contrario indicare le condanne riportate  
anche se sia intervenuto patteggiamento e/o amnistia – e/o i carichi pendenti*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritt\_ all'Albo dei Medici e/o Odontoiatri di altro Ordine;
- di non esercitare la professione di Farmacista;

- di non essere stato cancellato o radiato da altri Ordini provinciali (*in caso contrario indicare il provvedimento di cancellazione o di radiazione*);
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione o perdita dei predetti dati, consapevole che tutte le comunicazioni e/o notificazioni verranno effettuate dall'Ordine alla residenza sopra indicata.

In fede

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./ssa \_\_\_\_\_,

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(firma)

\* \* \*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, quale incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. \_\_\_\_\_, identificat\_ tramite \_\_\_\_\_.

In fede.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_