

PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO CITTADINI EXTRACOMUNITARI

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE DA COMPILARE SECONDO IL MODELLO ALLEGATO CON MARCA DA BOLLO DI EURO 16,00
2. RICEVUTA DI VERSAMENTO DI CONTO CORRENTE POSTALE ATTESTANTE L'AVVENUTO PAGAMENTO DELLA TASSA CONCESSIONI GOVERNATIVE (**BOLLETTINO G.U. 8003**) DI € **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 **IT73L0103014404000000263818**
INTESTATO **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)
5. PERMESSO DI SOGGIORNO VALIDO
6. CERTIFICATO STORICO DEGLI ESAMI SOSTENUTI O AUTOCERTIFICAZIONE
7. CERTIFICATO DI AUTORIZZAZIONE DEL GOVERNO DI APPARTENENZA NEL CASO DI AMMISSIONE IN SOPRANNUMERO AL CORSO DI LAUREA

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 extracomunitari.

Il 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 conseguirà 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 avere il permesso di soggiorno per _____ rilasciato il _____ con scadenza _____;
- 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 riconosciuto 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 riconosciuta dal Ministero della Salute con decreto del _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea / di essere stato ammesso in soprannumero e di essere autorizzato dal Governo dello Stato di appartenenza (cancellare la voce che non interessa);
- di aver sempre frequentato il corso di laurea in Italia;
- 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 _____
