

Marca
da
Bolli
€ 16,00

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DI GORIZIA

**Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI
di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 1968 n.15 e della legge 15 maggio 1997 n.127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968,n.15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- che il proprio Codice Fiscale è _____;
- di essere residente a _____ prov. _____
in via _____, tel _____ Cell. _____
- e-mail _____; PEC _____
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria il _____, presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale nella _____ sessione presso l'Università degli Studi di _____;

- di essere iscritto/a all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della Provincia di _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

Data

Firma

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto _____,

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli 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:

- (i) tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;
- (ii) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- (iii) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- (iv) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- (v) dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- (vi) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- (vii) interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.
- (viii) inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

PRESTA IL CONSENSO ()

NEGA IL CONSENSO ()

Data.....

Firma

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della
Legge 4 gennaio 1968 n.15 che il/la Dr/Dr.ssa _____
identificato/a a mezzo di _____ ha sottoscritto in
sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario
che riceve l'istanza