

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
ALL' ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI (STP)**

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA  
PROVINCIA DI GORIZIA**

Il /la sottoscritto/a .....

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli **effetti** della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

**DICHIARA**

-di essere nato/a a ..... prov..... il .....;  
-codice fiscale .....; di essere legale rappresentante della Società tra  
professionisti denominata ....., con sede legale in  
..... via....., sedi  
secondarie.....  
....., iscritta al Registro delle Imprese di ..... al nr.....  
dal....., avente come oggetto sociale.....  
PEC..... Tel/cell.....

**CHIEDE**

l'iscrizione all' **ALBO DELLE STP nella sezione speciale dell'Albo di Gorizia** ai sensi degli artt. 8 e 9 del D.M.  
8 febbraio 2013 n. 34

allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:

1. 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;
2. Elenco nominativo:
  - a) Dei soci che hanno la rappresentanza;
  - b) Dei soci iscritti all'Albo/Albi dell'OMCeO di Gorizia;
  - c) Degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
3. Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. Certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
5. Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013 n. 34

6. Ricevuta di versamento della Tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 – codice 8617.

7. Ricevuta del versamento della tassa di iscrizione all'Albo pari ad € 250,00 (comprensivi del contributo FNOMCeO) e della tassa (una tantum) di prima iscrizione pari ad € 15,00 sul C/C bancario dell'Ordine.

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

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**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 per esteso e leggibile.....**

\*\*\*\*\*  
**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./ssa ..... identificato a mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza