

Marca
da
Bollo
€ 16,00

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DI GORIZIA

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

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine www.ordinemedici-go.it ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale 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 GDPR, 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 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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.

Data

Firma

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

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI.....

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO 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.

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