

MARCA DA BOLLO

€ 16,00

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL' ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI 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

CHIEDE

l'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

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 residente a.....prov.....
in via Tel.....cell.....
- di essere domiciliato ain via
- di essere cittadino/a
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il..... presso l'Università degli Studi di con votazione dianno di immatricolazione.....;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale in datanellasessione dell'anno..... presso l'Università degli Studi di..... con votazione di
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.
- che il proprio indirizzo mail è.....

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all' Albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

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.

Data..... Firma per esteso e leggibile.....

Allegati:

- Quietanza del versamento di € 168,00 per tassa concessione governativa su c/c postale n. 8003
- Quietanza del versamento di € 165,00 per tassa iscrizione Albo + tassa 1^ iscrizione di € 15,00-
- Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità
- N. 2 fotografie per il rilascio del tesserino

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./ssaidentificato a mezzo diha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....