

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**Ordine dei Medici Chirurghi e 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/La sottoscritto/a 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 _____

CHIEDEIL TRASFERIMENTO: ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI ALL'ALBO ODONTOIATRI

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 (compilare in stampatello)

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- codice fiscale _____
- di essere residente a (città) _____ prov. _____ CAP _____
in via/piazza _____ n. civico _____
- domicilio (solo se diverso dalla residenza - indicare città, via/piazza, numero civico e CAP)

- telefono _____ cellulare _____
e-mail _____ PEC _____;
- di essere cittadino/a (*nazionalità*) _____;
- 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 (*cancellare l'opzione non pertinente*) Medicina e Chirurgia /
Odontoiatria il (*data*) _____ presso l'Università degli Studi di
_____ con votazione pari a _____;
- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale nella _____ sessione dell'anno _____
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 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.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di impegnarsi a comunicare all'Ordine qualsiasi variazione anagrafica, ivi compresi i recapiti.

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.

Gorizia, li _____ Firma per esteso e leggibile _____

Allegati:

- Quietanza del versamento di € 20,00
- Marca da bollo da € 16,00
- Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del C.F.
- N. 2 fotografie per il rilascio del tesserino (o in alternativa inviare per mail in formato .jpg)

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA (*parte riservata alla Segreteria*)

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 _____