

## DOMANDA DI ISCRIZIONE – PRIMA ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 e 8 del D.Lgs. 196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a Ordine dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri della Provincia di Udine.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di UDINE

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e- mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

di stabilire il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali;  
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Il sottoscritto dichiara:

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

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

DATA \_\_\_\_\_

(\*) FIRMA \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

---

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di UDINE

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

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza