

**DOMANDA DI ISCRIZIONE – PRIMA ISCRIZIONE
ALBO MEDICI CHIRURGHI (LAUREA ABILITANTE ART. 102 DECRETO-LEGGE 17.3.20,
n.18 (GU n.70 del 17.3.20)**

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/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei **Medici Chirurghi** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA

○ di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17/03/2020;

di essere nato/a a _____ prov _____, il _____ codice fiscale _____

di essere residente a _____ domicilio professionale/personale _____

Via _____ n. Civico _____ Cap _____ Prov. _____

tel _____ e-mail _____ PEC _____

di essere cittadino/a _____

di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il.....presso l'Università degli Studi

di _____ con voto.;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel certificato giudiziario ad uso amministrativo;
- 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 non essere iscritto/a in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a 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 aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giudiziario avverso un provvedimento di diniego di iscrizione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente e nei modi dovuti qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016 come da informativa pubblicata sul sito web.

Il/La sottoscritto/a _____, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.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 _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di UDINE

Il sottoscrittoincaricato, 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