

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO 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 _____

residente in _____ (_____) cap. _____

Via _____

codice fiscale _____ cittadino _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ PEC _____

di aver conseguito il Diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ con voto _____

presso l'Università degli Studi di _____

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

presso l'Università degli Studi di _____

di aver conseguito il Diploma di specializzazione in _____

in data _____ con voto _____ presso l'Università degli Studi di _____

di stabilire il domicilio professionale in _____ (____) CAP _____

via _____ Tel. _____

- 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 essere iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____ al numero _____
- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

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 e degli 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
