

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ALBO ODONTOIATRI

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

All'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di Udine – Via A. Diaz 30 – 33100 UDINE

Il sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri 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. _____

codice fiscale _____ cittadino _____

di aver conseguito il Diploma di laurea in Odontoiatria il _____ con voti _____

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 stabilire il domicilio professionale in _____ pv _____

via _____ cap. _____

indirizzo PEC (obbligatorio) _____

Cellulare _____, indirizzo mail _____

- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'albo degli Odontoiatri (corso di formazione D. Lgs. 386/98)

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____
- 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 il _____ con voto _____ (iscrizione avvenuta prima del 31/12/1994)
- di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980;
 - 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

Iscrizione per trasferimento

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 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
