

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
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 della Provincia di Udine

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

Il sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_

**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 risultassero 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 \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_
  - via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
  - codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_
  - di stabilire il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_
  - Via \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_
  - E-mail \_\_\_\_\_ Indirizzo pec \_\_\_\_\_
- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale 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 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 \_\_\_\_\_
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- di essere specialista in \_\_\_\_\_ conseguita a \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ (iscrizione avvenuta prima del 31/12/1994)
- di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980;

1. 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;
2. Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
3. Di non aver riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
4. Di non 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. Includere le sentenze di patteggiamento)
5. Di godere dei diritti civili;
6. Di non essere interdetto inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- 7.

**Iscrizione cittadini EXTRA-UE**

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale;
- di essere stato iscritto al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria in sovrannumero;
- di non essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria in sovrannumero;
- di possedere il Decreto di riconoscimento del ministero della Salute da presentarsi in originale;

**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 \_\_\_\_\_

(\*) se la firma non viene dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.