

**DOMANDA DI 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 _____

residente in _____ () cap. _____

Via _____

codice fiscale _____ cittadino _____

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 stabilire il domicilio professionale in _____

via _____ cap. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-mail _____ indirizzo PEC _____

- 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 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 in sovrannumero
- di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia 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 apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.

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
