

ISCRIZIONE MEDICI LAUREA ABILITANTE art. 102 D.L. 17.3.20, n.18 (GU n.70 del 17.3.20) Convertito in Legge n.27 il 24 aprile 2020



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della
Provincia di Rovigo**

PEC: segreteria.ro@pec.omceo.it

Il/la sottoscritto/a _____

dichiaro/a di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17.03.20

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 essere nato/a a _____ prov. _____, il _____

codice fiscale _____ di essere residente a

_____ Via _____ prov.

_____ cel. _____

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 impegnarsi a segnalare tempestivamente, 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 20161679 del 2710412016 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 _____

PRIVACY

Informativa ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 13-14, Reg UE 2016/679

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),
- per svolgere le attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti;
- per svolgere le 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 la 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 GDPR EU 2016/679.

Ai sensi dell'art. 13-14, Reg UE 2016/679, e saranno pubblicati nel sito internet dell'Ente "www.omceoro.it" come previsto dalla normativa vigente in merito alla pubblicazione dell'Ordine e dei suoi iscritti (avvalendosi di tecnici informatici specializzati addetti alla manutenzione del sito). I diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di Rovigo
Via Silvestri, 6,
45100 - Rovigo (RO)
tel. 0425.28.426 :: fax
0425.28.620 e-mail
segreteria@ordinemedicrovi
go.it pec-mail
segreteria.ro@pec.omceo.it.