



ALL' ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI  
DI ROVIGO

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE**

Il /la sottoscritto/a .....  
codice fiscale .....

**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 nat\_\_ il ..... a.....  
reg(prov/dist/contea/ecc.....Stato.....
- di essere residente a .....CAP ..... prov..... in via  
.....N..... Tel. ....
- di essere domiciliato a .....CAP.....prov..... in  
via.....N..... Tel.....
- Di essere in possesso dei seguenti indirizzi di contatto:  
cell .....  
mail .....  
pec .....
- di essere cittadino/a .....
- di possedere il certificato di good standing che allega
- di aver conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA in data .....  
presso l'Università degli Studi di .....con votazione.....
- di aver superato l'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE  
in data..... nella ..... Sessione dell'anno .....  
presso l'Università degli Studi di ..... con votazione.....
- di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale;
- di dover sostenere la prova di italiano come previsto dall'art.7 Dlgs 6/11/2007 n.206 in quanto laureato in Paese appartenente all'UE.
- 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;
- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all' Albo
- di non essere impiegato 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 dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di avere *presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR);*
- di averne *ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento.*
- di *autorizzare l'uso dell'immagine fotografica nel profilo che sarà pubblicato nel sito web.*

Data .....

**Firma per esteso e leggibile**

.....

**SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ROVIGO**

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che

il/la Dott./D.ssa ..... identificato/a a mezzo documento

tipo .....N. .... rilasciato da ..... il .....

ha sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato

# 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@ordinemedicirovigo.it  
pec-mail segreteria.ro@pec.omceo.it.