



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 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

☐ O di essere nat__ a..... prov. il

☐ O di essere residente aCAP prov..... in via
.....N..... Tel.

☐ O di essere domiciliato aCAP.....prov..... in
via.....N..... Tel.....

☐ O Di essere in possesso dei seguenti indirizzi di contatto:

cell mail

.....

pec

☐ O di essere cittadino/a ITALIANO/A

☐ O di aver conseguito il diploma di laurea in ODONTOIATRIA in data presso
l'Università degli Studi dicon votazione.....

☐ O di aver superato l'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE in data..... nella
Sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di
..... con votazione.....

☐ O di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale;

☐ O di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a 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;

☐ O di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

☐ O di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

☐ O 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 tipoN. 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.