

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

## **DOMANDA DI ISCRIZIONE (PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE)**

- ALBO MEDICI CHIRURGHI**
- ALBO ODONTOIATRI**

Informativa ai sensi dell'art.13 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), 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 Reg. UE 2016/679. Ai sensi del Reg. UE 2016/679 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi al Presidente pro tempore.

Il/la sottoscritto/a Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

- L'iscrizione all'Albo Medici Chirurghi di codesto Ordine.
- L'iscrizione all'Albo 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 \_\_\_\_\_

❖ codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_

❖ residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

❖ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

❖ cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

❖ di volere indicare come recapito postale il seguente (se diverso dalla residenza):

❖ Via \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

❖ Indirizzo pec \_\_\_\_\_

❖ di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia/Odontoiatria e Protesi Dentaria 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 \_\_\_\_\_

il sottoscritto dichiara:

- ❖ di NON aver riportato condanne penali né sentenze d'applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p. (patteggiamento) e di non essere destinatario 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 avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- ❖ 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 stato cancellato da altro Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;
- ❖ di essere iscritto all'Ordine dei medici di ..... dal ..... al n. ....  
prima iscrizione Ordine di ..... in data .....
- ❖ di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM;
- ❖ di impegnarsi 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.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

---

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Savona

Il sottoscritto .....incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il Dr./Dr.ssa

\_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

---

## DOCUMENTAZIONE PER L' ISCRIZIONE A SEGUITO DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** diretta all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, redatta in conformità al T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445. Con riferimento specifico alla residenza si rammenta che la legge 3682/91 ha modificato la lett. e) dell'art. 9 D.L.C.P.S. 233/46 consentendo agli esercenti le professioni sanitarie l'iscrizione all'Albo della provincia in cui viene svolta l'attività professionale in alternativa a quello della provincia in cui è fissa la residenza;
- 2) una marca da bollo Euro 16,00;
- 3) fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- 4) fotocopia di un documento di riconoscimento: carta identità, passaporto, porto d'armi, patente guida (carta libera), in corso di validità;
- 5) una fotografia a colori formato tessera;
- 6) ricevuta del versamento di Euro 20,00 per Tassa iscrizione Albo.

Tale quota potrà essere versata a mezzo bonifico bancario presso Banca Popolare di Sondrio – Sede di Savona

**Codice IBAN : IT31 2056 961060000002100X73**

intestato all'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Savona, Piazza Simone Weil 40 – Savona

Per gli anni successivi l'importo della quota annuale verrà riscosso mediante l'utilizzo delle modalità che verranno comunicate