

# DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

## ALBO MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**chiede il trasferimento all'Albo: ( ) dei Medici Chirurghi**

**( ) degli Odontoiatri**

**della provincia di Siracusa per trasferimento dall'Ordine di \_\_\_\_\_**

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 risultano veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

indirizzo PEC \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di laurea in Odontoiatria in data \_\_\_\_\_

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 proprio domicilio professionale in \_\_\_\_\_

Via/Corso \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

- 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/a, inabilitato/a né sottoposto/a a procedura fallimentare;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_/\_\_/\_\_ al numero \_\_\_\_\_;
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;

**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. Il/La sottoscritto/a dichiara inoltre, di essere informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003 e successive modifiche. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03.**

Il/La dichiarante

DATA \_\_\_\_\_

**NB: All'atto della presentazione della domanda presentare:**

- 1) N. 2 fotografie;
- 2) Copia documento di identità valido;
- 3) Marca da bollo del valore di euro 16,00.