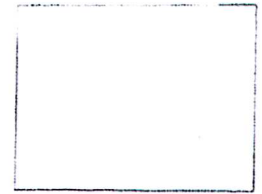




ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI



Marca da
bollo da
€16,00

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri di VERCELLI

Il sottoscritto Dott.

CHIEDE

l'iscrizione a codesto Ordine – **ALBO MEDICI CHIRURGHI**

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL
D.P.R. N. 445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E
CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI
CONSEQUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE
DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART.
75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

DICHIARA :

di essere nato ail.....

di essere cittadino

di essere residente a

In Vian.....C.A.P.

di essere domiciliato a (i due indirizzi possono coincidere).....

In Vian.....C.A.P.

telefonoe-mail

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....
(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale

di aver conseguito la Laurea in **Medicina e Chirurgia**

presso l'Università di.....il.....

matricola n..... con voti.....



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI



Esame di Stato superato presso l'Università di

nel
(indicare mese anno sessione)

DICHIARA INOLTRE :

di **NON** aver riportato condanne penali e di **NON** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di 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 **AVERE** riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento).....
.....
.....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

L_ sottoscritt_, inoltre dichiara di **NON** essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (**diversamente indicare dove e quando**)

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli 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 **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**



Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.

se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

data, firma

.....

Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del/della

Sig./Sig.ra _____

(Timbro e Firma dell'impiegato)

Da allegare alla domanda:

- Fotocopia codice fiscale
- Due fotografie formato tessera
- Fotocopia carta d'identità

Ricevute dei versamenti di:

€ 168,00 tassa concessioni governative da versare sul conto corrente postale 8003

Causale: prima iscrizione Albo (codice 8617) intestato a : Agenzia delle Entrate Tasse concessioni governative.

€ 287,50 (di cui 210,00 quota 2023 e 77,50 diritti di segreteria)

Da versare sul conto corrente bancario intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Vercelli – BANCA DI ASTI sede centrale Vercelli via San Cristoforo 13100 Vercelli

IBAN : IT98M060851000000000003363

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCP 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05-04.1950 n. 211 e dalla ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. godimento dei diritti civili.

L'interessato dovrà conferire il numero di telefono, di fax, di posta elettronica semplice e certificata.

Tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, ad eccezione dell'indirizzo PEC, la cui divulgazione seguirà la normativa vigente.

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA
RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSÌ
COME INDICATO:**

Data _____ Firma _____