Marca da bollo
Euro 14,62

DOMANDA DI ISCRIZIONE
ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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

Il sottoscritto/a _____

C H I E D E

L'ISCRIZIONE ALL'Albo degli Odontoiatri di questo Ordine.

D I C H I A R A

Di essere nato a_____prov. _____il_____

Residente in_____(_____)cap_____

Indirizzo e-mail personale(*) _____tel.(*)_____

Cod.fisc._____cittadino_____

•di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria e protesi dentaria il_____presso di _____

•di aver superato l'Esame di abilitazione professionale nella_____sessione anno_____Presso l'Università di _____

•di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri (corso di formazione D.Lgs.386/96)

•di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il_____presso l'Università di _____

•Di aver conseguito il Diploma di specializzazione in _____

Presso l'Università di _____in data_____

Di stabilire il domicilio professionale in_____(___)

Via _____cap _____

Indirizzo PEC_____

(*) dato facoltativo

(*) barrare la casella interessata:

- □ 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;

Contrassegnare la voce interessata: tipo di iscrizione:

□ PRIMA ISCRIZIONE:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- □ Di non essere iscritto in altro Ordine provinciale degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- □ Di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

□ ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- □ Di essere iscritto all'Albo Odontoiatri di _____dal_____ al n._____
- □ Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- □ Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione al'Ordine e dell'ENPAM

□ REISCRIZIONE:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici – Albo Odontoiatri - della provincia di_____dal_____al_____numero_____ e di essere stato cancellato a motivo di_____

□ ISCRIZIONE CITTADINI UE:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- □ Di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale
- □ Di possedere il certificato di good standing che allega
- □ Di dover sostenere la prova di italiano come previsto dall'art. 7 D.Lgs. 6/11/2007 n. 206 In quanto laureato in Paese appartenente all'UE

□ ISCRIZIONE CITTADINI EXTRA UE

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- □ Di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale;
- □ Di essere/non essere stato iscritto al corso di laurea in Odontoiatria in sovrannumero;
- □ Di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale
- □ Di dover sostenere la prova di italiano come previsto dell' 50 comma 4 del DPR 31/8/1999 N. 394, In quanto laureato in Paese NON appartenente all'UE

Il sottoscritto si impegna, inoltre, 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 apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.*

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di **PADOVA**

Il sootoscritto_____incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n.445/2000 che il dott./dott.ssa_____ ha sottoscritto l'istanza di iscrizione in mia presenza.

Data_____ Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

_____

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA ALLA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

1) **DOMANDA-AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da Euro 14,62 – DA COMPLARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.
2) CERTIFICATO GENERALE del CASELLARIO GIUDIZIALE; se si allega il documento dovrà essere in bollo da Euro 14,62 (si richiede in Tribunale)-**OPPURE AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA sul modulo**
3) CERTIFICATO DI LAUREA IN ODONTOIATRIA OPPURE AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA
4) Copia del certificato di ABILITAZIONE all'esercizio professionale oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA
5) 1 foto tessera
6) Fotocopia codice fiscale
7) Copia di valido documento di identità personale
8) attestazione del pagamento di € 168,00 di Tassa sulle Concessioni Governative, da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003, da richiedere in posta perché già pre-intestato, con **codice di versamento 8617**;

9) ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Albo che ammonta a **€ 150,00**, da effettuarsi con bonifico bancario presso la Banca Monte dei Paschi di Siena, agenzia di Via Sorio 39/41, sul c.c.b. numero 9215.89 intestato a "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" (codice ABI 01030, codice CAB 12195, CIN F, codice IBAN IT 08 V 01030 12195 000000921589 CODICE FILIALE 02611). Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso cartella esattoriale emessa dall'ufficio competente per la riscossione dei tributi (codice 540).

8) Per i cittadini extracomunitari presentazione di valido permesso di soggiorno originale presso gli uffici di segreteria dell'Ordine.

LE AUTOCERTIFICAZIONI SONO PARTE INTERGRANTE DEL MODULO DI ISCRIZIONE, NON C'E' BISOGNO DI ULTERIORI MARCHE DA BOLLO

***per i Medici in possesso dei requisiti per ottenere la contemporanea iscrizione ai due Albi si prega di chiedere le necessarie informazioni in Segreteria.

PER TUTTE LE ALTRE INFROMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AI NUMERI: 0498718855-0498718811 FAX 0498721355 e-mail info@omco.pd.it

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Padova

35139 PADOVA - Via San Prosdocimo, 6/8 – telefoni (049) 8718855.8718811 – fax (049) 8721355

Oggetto: Informativa al trattamento dei dati personali ex art. 13 Dlgs 196/2003.

Ai sensi dell'art.13 del decreto legislativo 30 giugno 2003 n.196 (codice in materia di protezione dei dati personali) desidero informarla che:

- I dati personali da lei forniti o acquisiti nell'ambito dei rapporti con Voi intercorrenti, ha per finalità:
- La tenuta, l'aggiornamento e la pubblicazione dell'Albo Professionale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ai sensi del DPR 221/1950;
- Attività strettamente connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo;
- Il trattamento dei dati conferiti avviene nel rispetto delle norme vigenti, a mezzo di strumenti cartacei ed informatici idonei a tutelare la Sua sicurezza e riservatezza , nel rispetto delle misure minime previste dal Dlgs 196/2003. Tale trattamento consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, modificazione, consultazione, elaborazione, estrazione, selezione, raffronto, utilizzo, cancellazione dei dati stessi;
- Il conferimento dei dati personali richiesti (**ad esclusione dei recapiti telefonici, di posta elettronica e di quant'altro indicato come facoltativo)** è obbligatorio, in quanto una loro mancata o parziale comunicazione impedirebbe di adempiere ai compiti istituzionali dell'Ente;
- I dati obbligatori forniti o acquisiti nel corso del rapporto saranno diffusi nelle misure e nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 221/1950 (e successive modifiche ed integrazioni) dall'art.60 del Dlgs 196/200 (codice in materia di protezione dei dati personali), dai provvedimenti emanati dal garante della Privacy.
  Ai sensi dell'art. 61 comma 2 del DLGS 196/2003 i dati personali, diversi da quelli sensibili e giudiziari, che devono essere inseriti nell'Albo professionale in conformità del DPR 221/1950, possono essere comunicati a soggetti pubblici e privati o diffusi anche mediante rete di comunicazione elettronica.
- **I dati facoltativi forniti o acquisiti nel corso del rapporto non saranno comunicati all'esterno se non espressamente autorizzati dall'interessato;**
- L'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della provincia di Padova con sede in Padova, via San Prosdocimo 6 è il titolare del trattamento;
- I dati conferiti saranno trattati da personale incaricato, nominato direttamente dal Responsabile del trattamento, nei limiti della funzione espletata;
- I dati personali possono essere trasferiti a Paesi aderenti all'Unione Europea nell'ambito delle comunicazioni previste dalla normativa vigente.

La informo altresì che l'art. 7 del Dlgs 196/2003 riconosce all'interessato il diritto:

- Di chiedere conferma dell'esistenza dei dati personali che lo riguardano;
- Di avere informazioni sul trattamento dei medesimi;
- Di richiedere l'aggiornamento, la rettifica, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima e il blocco dei dati personali, trattati in violazione di legge;
- Di opporsi al trattamento per motivo legittimi.

Tale diritto può essere esercitato rivolgendo un'istanza al titolare o al responsabile del trattamento.

DATA: _____ FIRMA:_____