

Marca da bollo  
Euro 14,62

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

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

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

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE ALL'Albo dei Medici chirurghi di questo Ordine.**

**DICHIARA:**

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

residente in (Comune) \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail personale(\*) \_\_\_\_\_ tel.(\*) \_\_\_\_\_

cod.fisc. \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_

con voto finale \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

di aver superato l'Esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione anno \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

*(\*) dati facoltativi*

**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 dei Medici Chirurghi 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'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_
- Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e dell'ENPAM

○ **REISCRIZIONE:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici 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 DLgs 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 Medicina e Chirurgia 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 sottoscritto \_\_\_\_\_ 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 DEI MEDICI CHIRURGHI

- 1) **DOMANDA-AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da Euro 14,62 – DA COMPIRE 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 MEDICINA E CHIRURGIA 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**;
- 8) ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Albo che ammonta a **€ 150,00**, da effettuarsi con bonifico bancario presso la Banca Antonveneta, agenzia n.205 di Via Euganea 65, sul c.c.b. intestato a "Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri" codice IBAN IT 88 Z 05040 12195 000000921511). Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso cartella esattoriale emessa dall'ufficio competente per la riscossione dei tributi (codice 540).
- 9) 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 INFORMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AI NUMERI: 0498718855-0498718811 FAX 0498721355 e-mail [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it)**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Padova

35139 PADOVA - Via San Prodocimo, 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 Prodocimo 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.

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_