

TSODO

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Padova, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine- ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è reperibile nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, è disponibile presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data

Firma

Marca da bollo
Euro 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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

Il sottoscritto/a _____

CHIEDE

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

DICHIARA:

di essere nato a _____ prov. _____ il _____

di essere residente a _____ (____) CAP _____

Via _____ n° _____

indirizzo e-mail personale(*) _____ tel.(*) _____

cod. fisc. _____ cittadinanza _____

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria il _____

presso l'Università di _____ con voto finale _____

di aver superato l'Esame di abilitazione professionale nella ___ sessione dell'anno _____

presso l'Università di _____

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____ presso

l'Università di _____, di aver superato l'Esame di abilitazione professionale nella ___

sessione dell'anno _____ presso l'Università di _____

di aver conseguito il Diploma di Specialista in _____ presso

l'Università di _____ in data _____ con voto _____

di stabilire il domicilio civile/ professionale in _____ (____)

Via _____ n° _____ CAP _____

* Indirizzo PEC _____

(*) dati facoltativi

Barrare le caselle interessate:

- 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 aver riportato condanne penali i cui effetti sono già stati dichiarati estinti;

- Di godere dei diritti civili;
- Di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

Contrassegnare la voce interessata

○ 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

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti, 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
ALL'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
PER TRASFERIMENTO

1) **DOMANDA-AUTOCERTIFICAZIONE** DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.

***In caso di CONTEMPORANEA ISCRIZIONE AI DUE ALBI è necessario presentare domanda di iscrizione per trasferimento anche per l'Albo degli Odontoiatri.

2) 1 foto tessera

3) Copia del tesserino di codice fiscale

4) Copia di valido documento di identità personale;

5) Per i cittadini NON comunitari presentazione di valido permesso di soggiorno originale.

6) Una marca da bollo da € 16.00 (per la DOMANDA di iscrizione);

7) **ricevuta del pagamento** della tassa di trasferimento che ammonta a **€ 20,00** (€ 40,00 in caso di contemporanea iscrizione ai due Albi).

Il pagamento deve avvenire attraverso la **piattaforma PAGOPA**.

Per il rilascio dei codici necessari ad effettuare il pagamento inviare una e-mail agli uffici all'indirizzo info@omco.pd.it indicando i propri dati personali: **cognome, nome, codice fiscale, indirizzo completo e recapito telefonico. INDICARE AGLI UFFICI SE SI TRATTA DI SINGOLA ISCRIZIONE O DI DOPPIA ISCRIZIONE.**

L'importo della tassa potrà essere versato nelle seguenti modalità:

- presso le ricevitorie utilizzando il Codice QR ;
- presso gli sportelli o tramite l'Home Banking della propria Banca (usando il codice Avviso);
- accedendo al sito <http://italriscossioni.it> – sezione Paga tramite PagoPa e pagando tramite carta di credito o conto corrente (inserendo il Codice IUV).

**PER ALTRE INFORMAZIONI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AI NUMERI:
0498718855 – 0498718811 o scrivere a info@omco.pd.it**