

Bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO  
DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI**

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  prov.  il  cittadino

residente in  prov.  cap.

in via  n.

in qualità di

della

con sede in  prov.  CAP

via  n.

Tel.  Fax  E-mail

PEC

Codice Fiscale

Iscritta nel registro delle imprese di  al n.

**CHIEDE A CODESTO CONSIGLIO DIRETTIVO, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 8 E 9 DEL  
D.M. 8 FEBBRAIO 2013, N. 34, L'ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DI  
QUESTO ORDINE**

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:

- ✓ ATTO COSTITUTIVO E STATUTO DELLA SOCIETÀ IN COPIA O, NEL CASO DI SOCIETÀ SEMPLICE, DICHIARAZIONE AUTENTICA DEL SOCIO PROFESSIONISTA, CUI SPETTI L'AMMINISTRAZIONE DELLA SOCIETÀ;
- ✓ ELENCO NOMINATIVO:
  - DEI SOCI CHE HANNO LA RAPPRESENTANZA;
  - DEI SOCI ISCRITTI ALL'ALBO;
  - DEGLI ALTRI SOCI CON INDICAZIONE, IN CASO DI ALTRI PROFESSIONISTI, DELL'ALBO DI APPARTENENZA;

- ✓ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI SOCI ISCRITTI IN ALTRI ORDINI E COLLEGI;
- ✓ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DEL REGISTRO DELLE IMPRESE;
- ✓ DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE RESE AI SENSI ART. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000;
- ✓ ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD. TARIFFA: 8617

Luogo e data  FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di PERUGIA in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella 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 Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./essa , 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.

Luogo e data  FIRMA \_\_\_\_\_

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA.  
(Riservato ai dipendenti)**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' articolo 30 T. U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA \_\_\_\_\_

Timbro e firma  
dell'incaricato che riceve l'istanza

\_\_\_\_\_

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE  
CON CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

1. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA' DEL SOGGETTO CHE HA SOTTOSCRITTO LA DOMANDA;
2. RICEVUTA DEL VERSAMENTO DELLA TASSA DI CONCESSIONE GOVERNATIVA DI € **168,00** (indicando codice tariffa n. 8617) SU **C/C POSTALE N. 8003** intestato a: "**AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE**";
3. RICEVUTA PAGAMENTO DI € **255,00** (€227,00 quota annuale di iscrizione Ordine e €23,00 quota per FNOMCeO) DA EFFETTUARE TRAMITE **BONIFICO BANCARIO** INTESTATO A ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI DONTOIATRI DI PERUGIA (IBAN: IT 30 H 05696 11000 000009577X71) CON CAUSALE: **QUOTA ISCRIZIONE STP ANNO "XXXX"**.

**N.B.** AI SENSI DELL' ART. 8 DEL DPR 05/04/1950 N. 221 IL CONSIGLIO DELL'ORDINE DELIBERA SULLA DOMANDA DI ISCRIZIONE NEL TERMINE DI TRE MESI.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – SOCI PROFESSIONISTI

Art. 47 D.P.R. n. 445 DEL 22 DICEMBRE 2000

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  prov.  il

residente in  prov.

in via  n.

Tel.  PEC

E-Mail  Cell.

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

## DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:

- di essere iscritto all'Albo Professionale dei Medici Chirurghi [ ] e/o degli Odontoiatri [ ] della Provincia di  (solo se diversa da Perugia);
- di **non** versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
- di **non** essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, 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 **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 patteggiamento)

di godere dei diritti civili;

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

sottoscritt , altresì 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 impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI**

Data

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di PERUGIA in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella 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 Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./essa  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.

Luogo e data

FIRMA \_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE**

- **SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' D INVESTIMENTO**
- **SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE**

Art. 47 D.P.R. n. 445 DEL 22 DICEMBRE 2000

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PERUGIA

Il/la sottoscritto/a

nato/a a  prov.  il

residente in  prov.

in via  n.

Tel.  PEC

E-Mail  Cell.

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:**

- di **non essere** stato cancellato dall'Albo Professionale per motivi disciplinari;
- di **non** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, 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 patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;

- di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di **non versare** in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011 n. 183 e cioè di non partecipare ad altre Società tra Professionisti;
- di **non aver** riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;
- di **non essere** destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D. Lgs. n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI**

Data

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di PERUGIA in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella 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 Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./essa

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.

Luogo e data

FIRMA \_\_\_\_\_