

Marca da Bollo
€ 16,00

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO DALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI dell'Ordine della Provincia di
ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI DI PERUGIA.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a prov. il
- codice fiscale , codice ENPAM
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di studio, lavoro subordinato, familiari (se Extra-Comunitario);
- di essere residente a prov. cap
in via
- Tel. cell.
- e-mail PEC

Indicare solo se diverso dalla residenza

- di essere domiciliato a prov. cap
in via n.
- di essere cittadino/a
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di
in via prov. cap
- di esercitare nel Comune di prov.
in via prov. cap
presso
- di avere conseguito il diploma di laurea in il presso
l'Università degli Studi di con votazione LODE
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione 1^a 2^a
(barrare) anno presso l'Università
degli Studi di con votazione finale
- di essere iscritto all'Albo provinciale dei Medici Chirurghi di
dal

• di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____
presso l'Università di _____ in data _____
con votazione di _____ LODE

• di aver conseguito i seguenti titoli (indicare gli estremi dell'Università e/o della scuola di Formazione):

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- 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 presente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in corso.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;**

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 DELLE RICEVUTE DI PAGAMENTO DELLA TASSA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO (TRIBUTO 540) E DEI CONTRIBUTI ENPAM (TRIBUTO 539), RELATIVE ALL'ANNO IN CORSO E A QUELLO PRECEDENTE;
2. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA';
3. 2 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA;
4. FOTOCOPIA TESSERA DEL CODICE FISCALE
5. PAGAMENTO DELLA TASSA DI TRASFERIMENTO DI € 10 DA EFFETTUARE PRESSO GLI UFFICI DELL'ORDINE AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA.

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*