

Bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

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

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

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
- di essere residente a prov. cap
in via n.
- 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 conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il presso l'Università degli Studi di con votazione finale LODE
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione 1^a 2^a presso l'Università
(barrare) anno
degli Studi di con votazione finale
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziale ad uso amministrativo.
- 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 godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e 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 essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA’;
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. N.1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
4. FOTOCOPIA TESSERA DEL CODICE FISCALE;
5. **PER I DOMICILIATI E NON RESIDENTI NELLA PROVINCIA DI PERUGIA COPIA DEL CONTRATTO DI LOCAZIONE;**
6. PAGAMENTO DELLA QUOTA ANNUALE DI ISCRIZIONE + QUOTA DI I^ ISCRIZIONE DA EFFETTUARE TRAMITE **PAGOPA** (IL BOLLETTINO VERRA’ RILASCIATO ALLO SPORTELLLO 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.