

Bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

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

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi della Legge 286/98 e del DPR 394/99.

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 in possesso del permesso di soggiorno per motivi di studio, lavoro subordinato, familiari;
- 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 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 essere* / non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea;
- di essere stato autorizzato ad esercitare la professione in Italia (se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza; (vedi punto n.7 della documentazione da allegare)
- 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 godere dei diritti civili.

* (vedi punto n.7 della documentazione da allegare)

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- 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.
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

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. 1 FOTOGRAFIE FORMATO TESSERA;
4. FOTOCOPIA TESSERA DEL CODICE FISCALE;
5. COPIA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO;
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);
7. **PREVENTIVO ASSENSO DA PARTE DELL’AUTORITA’ DI GOVERNO DI PROVENIENZA ALL’ESERCIZIO DELL’ATTIVITA’ LAVORATIVA IN ITALIA (ai sensi dell’Art. 37, Comma 1 del D.Lgs N.286/98).**

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.