

**Marca da Bollo
€ 16,00**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE
All'Ordine Dei Medici Chirurghi E Degli Odontoiatri Della Provincia Di Perugia**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE l'iscrizione per TRASFERIMENTO dall'

ALBO MEDICI CHIRURGHI

ALBO ODONTOIATRI

dell'Ordine della Provincia di _____

All'ALBO

MEDICI CHIRURGHI

ODONTOIATRI

Della Provincia di PERUGIA.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, 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

Luogo di nascita _____ Provincia _____

Data nascita _____ Codice Fiscale _____

Codice ENPAM _____

Cittadinanza _____

di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di studio, lavoro subordinato, familiari (se Extra-Comunitario);

Residenza anagrafica: Via/Piazza/Strada _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

Telefono fisso _____ Cellulare _____

E-mail _____ PEC _____

Indicare solo se diverso dalla RESIDENZA

Domicilio eletto: Via/Piazza/Strada _____

Comune _____ Provincia _____ CAP _____

di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____

Via/Piazza/Strada _____ Prov. _____ CAP _____

di esercitare nel Comune di _____ Prov. _____

Via/Piazza/Strada _____

presso _____

Laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** **ODONTOIATRIA**

Conseguita presso l'Università degli Studi di _____

il giorno _____ con votazione _____ **LODE**

Abilitazione professionale conseguita presso l'Università degli Studi di _____

nella sessione 1^a 2^a anno _____ con votazione _____

Specializzazione in _____

conseguita presso l'Università degli Studi di _____

il giorno _____ con votazione _____ **LODE**

Specializzazione in _____

conseguita presso l'Università degli Studi di _____

il giorno _____ con votazione _____ **LODE**

Dottorato di Ricerca in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____
il giorno _____ con votazione _____ LODE
Master Universitario in _____
conseguito presso l'Università degli Studi di _____
il giorno _____ con votazione _____ LODE
Abilitazione all'esercizio della Psicoterapia (Legge n.56 del 18/02/1989) in data _____
Titolo di Formazione Specifica in Medicina Generale (D.Lgs. n.256 del 08/08/1991 e D.Lgs. n.368 del 17/08/1999)
in data _____ Regione _____

di essere attualmente iscritto/a all'Albo

- MEDICI CHIRURGHI iscrizione n. _____
 ODONTOIATRI iscrizione n. _____

Della Provincia di _____ dal _____

Di essere stato/a iscritto/a in precedenza ai seguenti Ordini provinciali:

provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____
provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____
provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____

- 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 essere di non essere a conoscenza di essere attualmente 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./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

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

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

1. FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA';
2. FOTOCOPIA TESSERA DEL CODICE FISCALE;
3. N.1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
4. PAGAMENTO DELLA TASSA DI TRASFERIMENTO DI € 10,00 (VERRA' RILASCIATO BOLLETTINO PAGOPA 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 (3) MESI.*