

Bollo €. 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa .....

**CHIEDE**

**IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine.**

**Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,  
DICHARA**

di essere nato/a a ..... prov. .... il .....

codice fiscale .....

(\* di essere residente a ..... prov. ....

in via ..... Tel. ....

cell. .... Email.....

posta elettronica certificata (PEC).....

\* di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ..... prov. ....

\* di esercitare nel Comune di ..... prov. ....

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria il .....

presso l'Università degli Studi di ..... con voto .....

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione .....

con voto..... presso l'Università degli Studi di .....

di essere iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di .....

di aver ottenuta la prima iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della provincia

di.....il .....

- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione modifica o perdita di diritti

Data .....

firma ..... (°)

(\* Riportare la voce che interessa

(°) Allegare fotocopia di un documento di identità.

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 Livorno, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza 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 è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa \_\_\_\_\_  
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.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

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

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO**

**Il sottoscritto ..... incaricato, ATTESTA, ai sensi**

**Del DPR 445/2000 che il Dott. ....**

**identificato a mezzo di .....**

**ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.**

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....