

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI PER MEDICI GIA'
ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

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

Il/la sottoscritto/a Dott/ssa.

C H I E D E

di essere iscritto **all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine ed in proposito

D I C H I A R A

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445:

di essere nato a (.....) il

di essere cittadino/a.....;

codice fiscale.....;

di essere residente aprov

in viacap....., città

telefono.....cell.....e-mail.....

Indirizzo di posta certificata.....

di essere domiciliato/a (indicare solo se diverso dalla residenza)

in via.....n°.....prov.....cap.....;

- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi di Livorno con n° dal.....

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il.....

presso l'Università di.....

di essere stato immatricolato al relativo corso di Laurea antecedentemente al 28/01/1980

di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4
2° comma della L. 409/895;

di essere in possesso dell'attestato di idoneità per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri, avendo
superato la prova attitudinale prevista dal decreto legislativo 13/10/1998, n.386;

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

1. 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 vigente normativa;
2. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
3. di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
4. di godere dei diritti civili;
5. di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- 6. di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- 7. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

I sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Livorno, _____

Firma _____ (*)

(*)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./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.

_____ li _____

Firma _____

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

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Il sottoscrittoincaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott.....identificato con documento di riconoscimento numero.....rilasciato in data..... da ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....