

Bollo € 16,00

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

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

il/la sottoscritto/a

CHIEDE

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

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

DICHIARA

di essere nato/a a prov. il

di essere cittadino/a

codice fiscale

di essere residente a prov.

in viaCap.

Tel.....Cell..... E-mail.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

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

in via.....n.....prov.....cap.....

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il

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

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nel (indicare mese, anno, sessione o laurea abilitante)

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

Iscrizione cittadini UE (sezione riservata ai cittadini UE)

Il sottoscritto dichiara:

- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale
- Abilitato all'esercizio della professione di Medico in Italia con Decreto ministeriale del
(indicare la data riportata sul decreto).....

Iscrizione cittadini extra UE (sezione riservata ai cittadini extra UE)

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale
- di essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale

Il sottoscritto dichiara inoltre:

[] 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;

[] di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

[] di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

[] 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

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere 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.

Data

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il

Dott./ssa.....

identificato a mezzo di

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....