



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

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Il /la sottoscritto/a

CHIEDE L'ISCRIZIONE

all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine per

trasferimento dall'Ordine di _____

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli **effetti** della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

DICHIARA

- di essere nato/a a prov. il
- codice fiscale
- di essere residente a CAP prov... ..
in via Tel.
cell. e-mail
- di essere domiciliato a CAP prov.
in viaN.
- di essere cittadino/a
- di esercitare nel comune di
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam (si allega copia versamento ENPAM e quota Ordine anno _____)
- di aver conseguito il diploma di laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** il presso l'Università degli Studi di con votazione
- di aver conseguito il diploma di laurea in **ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA** il presso l'Università degli Studi di con votazione
- di aver superato l'**ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE** in data nella Sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di con votazione
- 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 godere dei diritti civili

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi 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 aver 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.

Il sottoscritto _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli 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:

- (i) tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;
- (ii) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- (iii) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- (iv) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- (v) dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- (vi) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- (vii) interporre, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.
- (viii) inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

Data **Firma per esteso e leggibile**

Allegati:

Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del Codice Fiscale n. 1 foto formato tessera per il rilascio del tesserino

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./D.ssa identificato a mezzo N. ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza
