**MARCA DA BOLLO**

**€ 16,00**

ALL’ORDINE PROVINCIALE

DEI MEDICI CHIRURGHI

E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

Il/La sottoscritto/a dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# CHIEDE

**L’ISCRIZIONE ALL’ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI**

di codesto Ordine (legge 56/89 art. 3, nota del MURST del 17.07.97 n. 2392 e Decreto del MURST n. 509 del 11.12.98).

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

1. di essere nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_ ) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. di essere residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_\_ ) CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. di aver conseguito il titolo di specialista in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Università di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
4. di aver conseguito il diploma di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presso l’Istituto/Scuola \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con voti\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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.**

 **Firma per esteso e leggibile**

 **………………………………………………**

*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:*

1. *tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;*
2. *vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;*
3. *designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;*
4. *promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;*
5. *dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;*
6. *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;*
7. *interporsi, 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.*
8. *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**

**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

 …………….…………………………