

## **Modulistica iscrizione Albo Medici Chirurghi**

- 1 Domanda di iscrizione all' Albo su apposito modulo con marca da bollo di € 16,00 comprensiva di autocertificazione.
- 2 N° 1 fotografia formato tessera.
- 3 Fotocopia codice fiscale.
- 4 Ricevuta del versamento della quota di iscrizione all'Albo di € 230,00 da effettuare sul c/c bancario n° 12771 ( IBAN: IT98W0306909606100000012771 ) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara ( causale: Tassa Prima iscrizione € 50 + tassa iscr. Albo anno ..... € 180).
- 5 Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00 da effettuare sul c/c postale n° 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Pescara - tassa concessione governativa ( causale: iscrizione albo professionale ).

La documentazione deve essere presentata dall'interessato con un documento di identità valevole.

## **AVVISO**

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE A COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE **QUALSIASI CONDANNA**, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

M. B.

Spettabile  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO: Istanza di iscrizione all'Albo  
e contestuale autocertificazione.**

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_

### **CHIEDE**

l'iscrizione all' **ALBO dei MEDICI CHIRURGHI** di questo Ordine.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

### **DICHIARA**

- di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ ;
- in via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ ;
- telefono abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ ;
- posta elettronica: ..... @ ..... ;
- posta elettronica certificata - **PEC**: ..... @ ..... ;
- di essere cittadin\_\_ \_\_\_\_\_ ;
- anno immatricolazione: \_\_\_\_\_
- di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ ;
- di aver superato il  **tirocinio abilitante**  all'esercizio della Professione Medica ai sensi dell'art.102 D.L.  
18/2020 presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario  
Giudiziale ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

**Il/La sottoscritt\_\_ , inoltre dichiara:**

di non essere iscritt\_\_ in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegat\_\_ a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di non essere stato cancellat\_\_ per morosità e irreperibilità né di essere stat\_\_ radiat\_\_ 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;

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.

Data .....

Firma .....

\*In riferimento alla comunicazione FNOMCeO n.184/21 in merito all'obbligo vaccinale previsto dall'art.4 del dl n.44/2021 e alla nota prot. n.32479 del 17 giugno 2021: la vaccinazione è requisito imprescindibile per svolgere l'attività professionale che deve sussistere inizialmente, ai fini dell'iscrizione nell'albo e deve permanere nel tempo pena la sospensione dall'esercizio professionale

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

---

## ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt\_\_ \_\_\_\_\_ , incaricato/a al

recepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che

il/la Dott.\_\_\_\_ indentificat\_ a mezzo \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ rilasciat\_ il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ con scadenza

il \_\_\_\_\_ , ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve l'istanza.

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

## **INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679**

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), vengono di seguito descritte le modalità di trattamento dei dati personali degli utenti che si iscrivono all'Albo Professionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (di seguito "Ordine")

### **TITOLARE DEL TRATTAMENTO**

Titolare del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara, con sede in Via Torelli 31/A 28100 Novara (E-mail: [ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com](mailto:ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com), PEC: [segreteria.no@pec.omceo.it](mailto:segreteria.no@pec.omceo.it), telefono: 0321-410130.

### **RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI**

I riferimenti per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) sono i seguenti:

telefono: 335-1358176

e-mail: [stefano.bignoli@t-solo.it](mailto:stefano.bignoli@t-solo.it)

pec: [stefano.bignoli@pec.it](mailto:stefano.bignoli@pec.it)

### **BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO**

I dati personali indicati in questa pagina sono trattati dall'Ordine nell'esecuzione dei propri compiti istituzionali di tenuta dell'Albo Professionale

### **TIPI DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO**

*Dati anagrafici*

I sistemi informatici e le procedure software acquisiscono, nel corso del loro normale esercizio, alcuni dati personali.

Tali dati sono necessari per la gestione dell'iscrizione all'Albo Professionale.

### **DESTINATARI DEI DATI**

I dati di cui sopra non vengono ceduti a terze parti.

I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale dell'Ordine, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

### **DIRITTI DEGLI INTERESSATI**

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ordine, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica.

L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati tramite i riferimenti di contatto elencati sopra.

### **DIRITTO DI RECLAMO**

Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).