

## Domanda di iscrizione Albo Medici Chirurghi per trasferimento

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 del numero di codice fiscale.
4. Ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di € 50,00 da effettuare sul c/c bancario 12771 ( IBAN: IT98W0306909606100000012771 ) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara ( causale: Tassa di trasferimento ).

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.



Spettabile  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO: Istanza di trasferimento all'Albo da  
altro Ordine e contestuale autocertificazione.**

Il/La sottoscrit \_\_\_\_\_

chiede **il TRASFERIMENTO all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI** di codesto 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° \_\_\_\_\_ ;
- di essere cittadin\_\_ \_\_\_\_\_ ;
- di avere in corso la **pratica di trasferimento** di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ ;
- di **esercitare** nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ;
- telefono abitazione \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ ;
- posta elettronica: ..... @ ..... ;
- posta elettronica certificata - **PEC**: ..... @ ..... ;
- 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 l'esame di **Abilitazione Professionale** nel (anno) \_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_  
sessione 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;

- di essere iscritto/a all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'E.N.P.A.M;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario Giudiziale ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti disciplinari in pendenza.

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

- 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).