

ALBO MEDICI - CHIRURGHI

BOLLO

DOMANDA DI ISCRIZIONE

€14,62

All'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli

Il/La sottoscritto/a :

C H I E D E

L'iscrizione all'**Albo dei Medici-Chirurghi** di codesto Ordine.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46

del DPR 28 dicembre 2000, n.445,

D I C H I A R A

➤ di essere nato/a a: _____ prov. II

➤ codice fiscale:

➤ di essere residente a: _____ prov.

➤ Via _____ Tel.

➤ di essere cittadino/a

➤ di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia

presso l'Università degli Studi di :

il con voto:

➤ di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione:

➤ presso l'Università degli studi di:

➤ nell'anno: _____ con voto:

➤ 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 godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a, inoltre dichiara:

➤ di **non** essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi

e di **non** essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica

Amministrazione, il cui ordinamento vieta l'esercizio della libera

professione;

➤ di **non** essere stato/a cancellato/a per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi nè di essere stato/a radiato/a 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/a informato/a sulle finalità del trattamento a cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dec.Leg.vo n°196 del 2003.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il sottoscritto : _____ incaricato,

ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000,

che il Dott.

identificato a mezzo di:

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

FIRMA dell'incaricato che riceve l'istanza



ELENCO DEI DOCUMENTI OCCORRENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE

- 1) Estratto di nascita;
- 2) Certificato di laurea con il voto finale;
- 3) Certificato di. abilitazione con il voto finale;
- 4) Certificato di cittadinanza italiana;
- 5) Certificato generale del Casellario Giudiziale;
- 6) Certificato di residenza;
- 7) Due fotografie formato tessera, di cui una legalizzata-
(La legalizzazione viene effettuata dall'Ordine dei
Medici a condizione che sia presente l'interessato) .
- 8) Copia fotostatica del codice fiscale (non autenticata);
- 9) Copia della ricevuta della Tassa Regionale dell' Abilitazione.

RICEVUTA (COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO 114,93

(Conte Corrente Postale N. 335802) , intestato a:

Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della

Provincia di Napoli - Piazza Torretta, N. 9

RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA TASSA GOVERNATIVA DI

EURO 168,00 (Conte Corrente Postale N/8003-TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVA.

N.B.: I certificati di cui ai punti 1-2-3-4-5 e 6 possono essere sostituiti da autocertificazione ai sensi del D.P.R. 445/00-



INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Napoli informa che:

- 1) il suddetto D.Lgs. prevede una serie di obblighi in capo a chi effettua "trattamenti" (cioè raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, comunicazione, diffusione, ecc.) di dati personali riferiti ad altri soggetti;
- 2) il trattamento dei dati personali di cui è in possesso o che ci verranno comunicati è svolto in esecuzione degli obblighi previsti dal Decreto del Presidente della Repubblica del 5 aprile del 1950 n°221 e successive modificazioni ed integrazioni;
- 3) il trattamento avverrà con sistemi manuali e automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza. Tutti i trattamenti saranno svolti adottando misure che riducano al minimo il rischio di perdita o di distruzione, anche accidentale, dei dati, di diffusione, accesso non autorizzato o di trattamento non consentito;
- 4) i dati personali, per obblighi di legge o per esclusive ragioni funzionali nell'ambito dell'esecuzione dell'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Napoli, potranno essere comunicati ad enti pubblici e privati anche a seguito di ispezioni e verifiche o in forza di disposizioni di legge o di normativa secondaria o comunitaria;
- 5) il conferimento dei predetti dati ha natura obbligatoria;
- 6) il titolare del trattamento dei dati è l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia Di Napoli che ha sede in Napoli, P.zza Torretta n°9, 80122- Il legale rappresentante è il Presidente pro tempore-
- 7) il responsabile del trattamento dei dati è il dott. Zito Umberto - Direttore dell'Ordine- domiciliato per la presente presso la sede dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli;
- 8) Ai sensi dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003, è previsto che il singolo iscritto possa esercitare alcuni diritti, in particolare: **a)** conoscere l'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelleggibile; **b)** essere informato sul titolare, sulle finalità e sulle modalità del trattamento e sull'eventuale responsabile, sui soggetti o categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati; **c)** ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o ntegrazione dei dati; **d)** ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco degli stessi; **e)** opporsi per motivi legittimi al trattamento dei dati, salvi i limiti stabiliti dalla legge.

Tutte le richieste inerenti all'esercizio dei diritti menzionati vanno indirizzate al Responsabile del Trattamento dei dati dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Napoli- La presente deve considerarsi parte Integrante del Documento Programmatico sulla Sicurezza dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Napoli ed è esposta nella bacheca dell'Ordine.

Firma di presa visione

Il Titolare del trattamento