

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

**ELENCO DEI DOCUMENTI OCCORRENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE
DOMANDA DI ISCRIZIONE, COME DA MODULO, CORREDATA DA DICHIARAZIONE
SOSTITUTIVA AI SENSI DEL DPR 445/2000 RELATIVA A:**

1. ESTRATTO DI NASCITA;
2. CERTIFICATO DI LAUREA CON VOTO FINALE;
3. CERTIFICATO DI ABILITAZIONE CON VOTO FINALE;
4. CERTIFICATO DI CITTADINANZA ITALIANA;
5. CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;
6. CERTIFICATO DI RESIDENZA;

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'ISCRIZIONE

7. UNA FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
8. COPIA DEL CODICE FISCALE;
9. COPIA DELLA RICEVUTA DELLA TASSA REGIONALE DELL'ABILITAZIONE;
10. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO.

11. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO 104,93
(BANCA CARIPARMA IBAN: IT 79 L 06230 03539 000035707937)
INTESTATO A: ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI NAPOLI-RIVIERA DI CHIAIA ,9/C 80122 NAPOLI.

12. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA TASSA
GOVERNATIVA DI EURO 168,00 (CONTO CORRENTE POSTALE N° 8003)-TASSE
CONCESSIONI GOVERNATIVE

ALBO ODONTOIATRI.
DOMANDA DI ISCRIZIONE CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine Professionale.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46,47,48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze di cui agli art. 75 e 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

di essere nato/a a: _____ prov. _____ il ___/___/_____

di essere cittadino/a _____ di avere il seguente codice fiscale _____

di essere residente a: _____ prov. _____

via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ cell . _____ mail _____ pec _____

Di avere (**compilare solo se diverso**)i dalla residenza):

- Il seguente domicilio eletto _____

- Il seguente domicilio professionale _____

- di avere il permesso soggiorno per motivo: _____ rilasciato il _____

- dalla _____ con scadenza _____

di aver conseguito la laurea in Odontoiatria il ___/___/_____ presso l'Università degli studi

di _____ con voto _____ e di essersi immatricolato al predetto Corso di laurea nell'a.a. _____

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli

studi di: _____ nell'anno _____ con voto _____

SCEGLIERE (con una crocetta) L'OPZIONE RISPONDENTE ALLA PROPRIA SITUAZIONE

- 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,

O, IN ALTERNATIVA,

- di avere le seguenti situazioni penali (specificare); _____

- di non essere sottoposto a procedimenti penali,

O, IN ALTERNATIVA,

- di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: _____

- di godere dei diritti civili,
O, IN ALTERNATIVA,
- di non godere dei diritti civili;
- 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 vieti l'esercizio della libera professione,
O, IN ALTERNATIVA,
- di essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi e/o di essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione, secondo quanto di seguito specificato: _____
- di non essere stato/a cancellato per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo Provinciale,
O, IN ALTERNATIVA,
- di essere stato/a cancellato/a per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi e/o di essere stato/a radiato/a, secondo quanto di seguito specificato: _____
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo,
O, IN ALTERNATIVA,
- di aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Il/La sottoscritto/a, con la sottoscrizione della presente istanza, dichiara, inoltre:

- 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 GDPR 2016/679 e del D. Lgs. n° 196/2003.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n° 445 del 2000 in caso di dichiarazione 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 e ribadisce che tutto quanto sopra corrisponde al vero.

DA FIRMARE SOLO ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

DATA

FIRMA

_____/_____/_____

Parte da non compilare, in quanto riservata all'Ufficio ricevente

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il sottoscritto _____ incaricato dell'Ordine,
ATTESTA, AI SENSI DEL DPR 445/2000

Che il/la Dott./Dr.ssa _____

Identificato/a a mezzo _____

Ha sottoscritto in sua presenza la presente istanza.

DATA

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

_____/_____/_____



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI

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. Fausto Piccolo - 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 nntegrazione 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