

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ORISTANO

Marca da bollo
16 euro

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 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 personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445):

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____,
codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____,
in via _____, n. _____ cap _____
tel _____; Cell. _____
Email _____, pec _____

- di eleggere domicilio speciale presso il seguente recapito (se diverso dalla residenza):

Via _____ n. _____ cap _____ Comune _____
_____, Provincia _____ Tel _____
Cell _____;

- di essere cittadino/a _____ (*);

- di avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di ☐ **avere** ☐ **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 ☐ **essere** ☐ **non essere** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di ☐ **avere** ☐ **non avere** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia o in uno degli Stati membri della Comunità Europea (se si indicare qualee dove.....)
- e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere 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 Decreto Legislativo n.196 del 2003 e Regolamento UE 679/2016.
- (*) (per i cittadini UE): di essere in possesso delle condizioni di soggiorno previste per i cittadini dell'Unione Europea

Il sottoscritto, 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 dei 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 (*) _____.

La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento. (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

- PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento

n.rilasciato da

in data, con scadenza e visto firmare

L'impiegato addetto

CONSENSO PRIVACY	
Informativa ai sensi art. 13 D.Leg. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016	
In conformità al disposto dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni: - i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine; - il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici; - i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti, consulenti e collaboratori tecnici dell'Ordine, istituti di credito per i doveri d'ufficio, studi professionali medici e odontoiatrici, Enti pubblici e Enti previdenziali.	
Titolare del trattamento:	Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.
Responsabile:	Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.
In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.	