

Marca
da bollo
16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di ROVIGO
Via Silvestri, 6
45100 Rovigo

Il sottoscritto/a

Cognome _____ NOME _____

Nato/a a Comune _____ PROVINCIA _____

Il (gg/mm/aaaa) ___/___/_____

Residente in via _____ n. _____

CAP _____ COMUNE _____ PROV. _____

C.F. _____

tel. _____ cel. _____ email _____

CHIEDE a codesto spettabile Ordine l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

di aver conseguito il **Diploma di laurea** in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____/_____ in data gg/mm/aaaa ___/___/_____

di aver superato l'**esame di abilitazione** professionale nella sessione/AA _____/_____ in data _____ presso l'Università degli Studi di _____

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di aver riportato condanne penali; (produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

Il sottoscritto dichiara inoltre:

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non 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 destinatari i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003;
- Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

DATA _____

FIRMA _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003.

DATA _____

FIRMA _____

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rovigo:

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato da _____ in data gg/mm/aaaa ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

data

timbro

firma dell'incaricato che riceve