

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

(Alessandria, Via Pisacane 21 - Tel. 0131/253666 - Fax 0131/52455)

Prospetto informativo per l'utenza

ADEMPIMENTI PER LA NUOVA ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI

1. La domanda di iscrizione va compilata su foglio bollato IN CARATTERE STAMPATELLO. Come risulta dallo schema allegato (predisposto dall'Ordine per comodità degli interessati), nella domanda può essere inclusa la dichiarazione sostitutiva dei certificati ed altri documenti finora richiesti per l'iscrizione negli Albi professionali. Pertanto, l'interessato, nel contesto della domanda, può autocertificare:

- il luogo e la data di nascita;
- la residenza (è obbligatoria la residenza nella circoscrizione dell'Ordine);
- la cittadinanza;
- l'assenza di condanne penali;
- il godimento dei diritti civili;
- il possesso del diploma di laurea e del titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo o di Odontoiatra.

Tali disposizioni si applicano ai cittadini italiani e dell'Unione europea. I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione regolarmente soggiornanti in Italia, possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

2. Le domande mancanti anche di un solo dato non saranno accettate. E' consigliabile presentarsi muniti dei certificati di studio al fine di certificare tutti i dati richiesti ed evitare errori.

3. Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutti i certificati ed i documenti richiesti per l'iscrizione.

4. Alla domanda di iscrizione devono essere allegati:

- a) attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);
- b) n. 2 fotografie formato cm. 2,50 x 3,20;
- c) fotocopia in carta libera del tesserino di codice fiscale;
- d) fotocopia ricevuta versamento della somma di € 350,00 (€ 90,00 per tassa prima iscrizione + € 260,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo), da versarsi esclusivamente a mezzo bonifico bancario sul c/c bancario intestato a: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria presso Banca Fideuram - IBAN IT21K0329601601000067264112.
- e) modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79.

5. La domanda può essere presentata:

- a) dalla persona interessata munita di un documento di riconoscimento, sottoscrivendola alla presenza dell'addetto a ricevere la domanda;
- b) a mezzo servizio postale o di un incaricato, accompagnandola dalla fotocopia (anche non autenticata) di un documento di identità o di riconoscimento del sottoscrivendo in corso di validità. IN QUEST'ULTIMA IPOTESI L'INTERESSATO DOVRÀ PRESENTARSI SUCCESSIVAMENTE PRESSO LA SEDE PER FIRMARE IL TESSERINO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE.

Per documenti di identità o di riconoscimento si intendono: carta d'identità (validità 10 anni); patente di guida - esclusa quella rilasciata dalla motorizzazione - (validità 10 - 5 - 3 e 2 anni a seconda dell'età e della categoria); passaporto (validità 10 anni); porto d'armi (validità 6 anni), libretto di pensione, patente nautica, patentino impianti termici, tessera di riconoscimento rilasciata da un'amministrazione dello stato.

6. Responsabili del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo sono il Segretario dell'Ordine, Dott. Antonio Giovanni Maconi, e la Direttrice dell'Ordine, Ilaria Agosta, che sono a disposizione del pubblico in sede previo appuntamento.

7. Su semplice esibizione dell'originale l'Ordine può autenticare copia di un documento ad uso interno e senza obbligo di deposito dello stesso presso l'Ente. L'autenticazione consiste nell'attestazione di conformità con l'originale scritta alla fine della copia, a cura del pubblico ufficiale autorizzato, il quale deve altresì indicare la data e il luogo del rilascio, il numero dei fogli impiegati, il proprio nome e cognome, la qualifica rivestita nonché apporre la propria firma per esteso ed il timbro dell'ufficio. Se la copia dell'atto o documento consta di più fogli il pubblico ufficiale appone la propria firma a margine di ciascun foglio intermedio.

Si allegano il modulo di consenso al trattamento dei dati personali con copia dell'informativa agli iscritti sulla privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/79, nonché copia dell'art. 76 del DPR 445/2000 che prevede le norme penali in caso di dichiarazioni mendaci.

Domanda nuova iscrizione Albi Professionali

marca
da
bollo

Al Signor PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
Via Pisacane, 21
ALESSANDRIA

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
(cognome e nome)

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO PROFESSIONALE _____ di codesto Ordine.
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

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 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____
in via _____, Tel. _____;
- e-mail _____ PEC _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in _____ il _____ presso
(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)
l'Università degli Studi di _____ con votazione finale _____/_____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione 1^a 2^a _____
(barrare) anno _____
presso l'Università degli Studi di _____ con votazione finale _____/_____;
- di essersi immatricolato al corso di laurea nell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 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 non aver 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;
- di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione e si obbliga in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 10 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 (*) a darne comunicazione a codesto Ordine;
- 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 Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Alla presente allega:

- 1 - attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);
- 2 - n. 2 fotografie formato cm. 2,50 x 3,20;
- 3 - fotocopia in carta libera del tesserino di codice fiscale;
- 4 - fotocopia ricevuta versamento della somma di € 350,00 (€ 90,00 per tassa prima iscrizione + € 260,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo), da versarsi **ESCLUSIVAMENTE A MEZZO BONIFICO BANCARIO** sul c/c bancario intestato a: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Alessandria presso Banca Fideuram - IBAN IT21K0329601601000067264112.
- 5 - modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79, firmato.

Il/la sottoscritto/a, 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 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 E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. DPR 28 dicembre 2000

n. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____

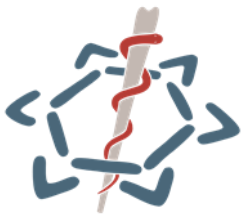
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, lì _____

Timbro e firma

Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.

(*) - Art. 10 DLCP 13 settembre 1946 n. 233 - I sanitari che siano impiegati in una pubblica amministrazione ed ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, non sia vietato l'esercizio della libera professione, possono essere iscritti all'Albo.
Essi sono soggetti alla disciplina dell'Ordine o Collegio, limitatamente all'esercizio della libera professione.



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

DICHIARA di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, _____

Firma

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Mauro Cappelletti

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel.: 0131.253666

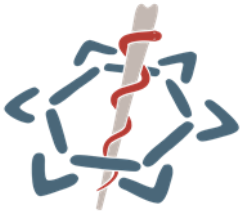
Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedical@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

**INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del **Regolamento UE 2016/679** ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Mauro Cappelletti

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedicial@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Base giuridica del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

Finalità del trattamento dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

Strumenti: i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

Soggetti abilitati al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

Destinatari dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

Diritti dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Alessandria, 25 maggio 2018

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

IL PRESIDENTE

Dott. Mauro Cappelletti

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA

T: +39 0131 253 666 | **F:** +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | **@:** omceo@ordinemedici.al.it | **PEC:** ordinemedicial@postacert.com

STRALCIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445.

**Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa.
(Testo A)**

Articolo 76 (L)*Norme penali*

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.