

Domanda di iscrizione Albo Odontoiatri per trasferimento

1. Domanda di iscrizione all' Albo su apposito modulo con marca da bollo di € 16,00, comprensiva di autocertificazione.
2. N° due fotografie formato tessera.
3. Fotocopia del numero di codice fiscale.
4. Ricevuta del versamento della tassa di trasferimento di € 50,00 da effettuare sul c/c bancario 12771 (IBAN: IT98W0306909606100000012771) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (causale: Tassa di trasferimento).
5. Certificazione di avvenuta vaccinazione da Covid-19. Tale certificazione deve essere prodotta in originale atteso che non può essere oggetto di autocertificazione trattandosi di stato di salute.

La documentazione deve essere presentata dall'interessato con un documento di identità valevole.

AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE A COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE **QUALSIASI CONDANNA**, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

M. B.

Spettabile
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO: Istanza di trasferimento all'Albo da
altro Ordine e contestuale autocertificazione.**

Il/La sottoscritt _____

chiede **il TRASFERIMENTO all'ALBO degli ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

D I C H I A R A

di essere nat__ a _____ prov. ____ il _____ ;

codice fiscale _____ ;

di essere residente a _____ prov. ____ CAP _____ ;

in via _____ n° _____ ;

di essere cittadin__ _____ ;

di avere in corso la **pratica di trasferimento** di residenza nel Comune di _____
_____ prov. _____ in via _____ ;

di **esercitare** nel Comune di _____ prov. _____

in via _____ n. _____ ;

telefono abitazione _____ cellulare _____ ;

posta elettronica: @ ;

posta elettronica certificata - **PEC**: @ ;

anno immatricolazione: _____

di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** il _____

Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____

presso l'Università degli studi di _____ con voti _____ ;

di aver superato l'esame di **Abilitazione Professionale** nel (anno) _____ nella _____
sessione presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____ ;

- di **essere iscritto/a** all'Albo Provinciale degli Odontoiatri di _____ dal _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'E.N.P.A.M;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario Giudiziale ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti disciplinari in pendenza.

Il/La sottoscritt__ , inoltre dichiara:

- 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 Europeo 679/2016.

Data

Firma

*In riferimento alla comunicazione FNOMCeO n.184/21 in merito all'obbligo vaccinale previsto dall'art.4 del dl n.44/2021 e alla nota prot. n.32479 del 17 giugno 2021: la vaccinazione è requisito imprescindibile per svolgere l'attività professionale che deve sussistere inizialmente, ai fini dell'iscrizione nell'albo e deve permanere nel tempo pena la sospensione dall'esercizio professionale

AVVERTENZA: IL/LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt__ _____ , incaricato/a al recepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott.____ indentificat_ a mezzo _____ n. _____ rilasciat_ il _____ da _____ con scadenza il _____ , ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve l'istanza.

Data _____

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento (UE) 2016/679

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 (di seguito "Regolamento"), vengono di seguito descritte le modalità di trattamento dei dati personali degli utenti che si iscrivono all'Albo Professionale dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (di seguito "Ordine")

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara, con sede in Via Torelli 31/A 28100 Novara (E-mail: ordinemediciodontoiatrinovara@gmail.com, PEC: segreteria.no@pec.omceo.it, telefono: 0321-410130.

RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI

I riferimenti per contattare il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) sono i seguenti:

telefono: 335-1358176

e-mail: stefano.bignoli@t-solo.it

pec: stefano.bignoli@pec.it

BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

I dati personali indicati in questa pagina sono trattati dall'Ordine nell'esecuzione dei propri compiti istituzionali di tenuta dell'Albo Professionale

TIPI DI DATI TRATTATI E FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Dati anagrafici

I sistemi informatici e le procedure software acquisiscono, nel corso del loro normale esercizio, alcuni dati personali.

Tali dati sono necessari per la gestione dell'iscrizione all'Albo Professionale.

DESTINATARI DEI DATI

I dati di cui sopra non vengono ceduti a terze parti.

I dati personali raccolti sono altresì trattati dal personale dell'Ordine, che agisce sulla base di specifiche istruzioni fornite in ordine a finalità e modalità del trattamento medesimo.

DIRITTI DEGLI INTERESSATI

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ordine, nei casi previsti, l'accesso ai dati personali e la rettifica.

L'apposita istanza è presentata contattando il Responsabile della protezione dei dati tramite i riferimenti di contatto elencati sopra.

DIRITTO DI RECLAMO

Gli interessati che ritengano che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).