

*Marca da bollo
16,00€*

**Domanda di iscrizione
all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como**

Albo Medici Chirurghi

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

Cognome

Nome

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Tipo di iscrizione

- Prima Iscrizione
 Trasferimento
 Re-Iscrizione

dall'Ordine della Provincia di

- ✓ Consapevole delle responsabilità penali
- ✓ Consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

ai sensi degli artt. 46 e 47 e 75 e 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n° 445,

DICHIARA

di essere nata/o a

Provincia di

il

di essere cittadino

Codice fiscale

Indicare l'indirizzo di residenza

Di essere residente in

Via/Corso/Piazza

CAP

Provincia di

Indicare i recapiti di contatto

Telefono

Cellulare

E-mail

PEC

Indicare il domicilio solo se diverso dalla residenza

Di essere domiciliato in

Via/Corso/Piazza

CAP

Provincia di

Indicare obbligatoriamente il domicilio professionale nel caso di:

- ✓ **residenza o domicilio fuori dalla provincia di Como**
- ✓ **trasferimento da altro Ordine Provinciale**

Di essere domiciliato
professionalmente in

Via/Corso/Piazza

CAP

Provincia di

di svolgere in tale sede la seguente attività:

E' possibile indicare un recapito per la corrispondenza postale diverso da residenza o domicilio

Di volere ricevere la
corrispondenza in

Via/Corso/Piazza

CAP

Provincia di

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia

in data

con voto

presso l'Università

di

n° matricola

anno iscrizione

di aver superato l'Esame di Stato in Medicina e Chirurgia

nell'anno accademico

sessione

Prima

Seconda

presso l'Università

di

di essere in possesso di Laurea Abilitante a seguito tirocinio

presso l'Università

di

di essere in possesso del Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute del titolo accademico (da presentare in originale)

di **godere** dei diritti civili

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure prevenzioni, 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

OVVERO

di **AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI;**

(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

La presente e la successiva pagina sono da compilare e consegnare solo nel caso di

Prima Iscrizione

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

DICHIARA

- di **NON** essere iscritto in altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione
- di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie od altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo

Sezione da compilare solo da parte dei cittadini UE (non italiani)

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

DICHIARA

- di possedere il certificato di Good Standing che allega alla presente domanda di iscrizione
- che nel Paese di origine non viene rilasciato il certificato di Good Standing o documento analogo

Sezione da compilare solo da parte dei cittadini extra UE

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

DICHIARA

- di essere in regola con il permesso di soggiorno
- che il permesso è stato rilasciato per il seguente motivo

che il permesso è stato rilasciato con la seguente scadenza

- di essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero

di **NON** essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero

di **NON** essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero

La sottoscritta

Il sottoscritto

si impegna a comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, domicilio professionale e indirizzo PEC

Data

Firma

La presente pagina è da compilare e consegnare solo nel caso di
Trasferimento da altro Ordine Provinciale

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

DICHIARA

di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi di
dal

di essere iscritto nell'elenco degli Psicoterapeuti dal

di essere iscritto nell'elenco delle Medicine non Convenzionali in qualità di:
 dal

di essere iscritto nell'elenco delle Medici Competenti dal

di non aver procedimenti penali e disciplinari pendenti

di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine

di essere in regola con i pagamenti delle quote previdenziali all'ENPAM

- La sottoscritta
 Il sottoscritto

si impegna a comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, domicilio professionale e indirizzo PEC

Data Firma _____

La presente pagina è da compilare e consegnare solo nel caso di

Re-iscrizione

La sottoscritta

Il sottoscritto

DICHIARA

di essere stato iscritto all'Albo Medici di

dal

al

di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo Provinciale

La sottoscritta

Il sottoscritto

si impegna a comunicare, tempestivamente, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, domicilio professionale e indirizzo PEC

Data

Firma _____

Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Como

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, (Regolamento Generale Protezione dati "RGPD" o "Regolamento"), come di volta in volta modificato o sostituito, si forniscono le seguenti informazioni:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Como con sede in Viale Massenzio Masia n. 30, 22100 Como (CO), che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore Dr Gianluigi Spata.

Per ulteriori informazioni può contattare l'Ordine al numero 031/572613 oppure scrivere all'indirizzo segreteria@omceoco.it.

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati

L'Ordine ha nominato il "Responsabile Protezione Dati - RPD" (c.d. "Data Protection Officer" o DPO) i cui dati di contatto sono pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ordine (area trasparenza).

L'informativa completa che riporta le seguenti indicazioni:

- Finalità del trattamento, dati trattati e obbligo/facoltà di conferire i dati
- Base giuridica del trattamento
- Destinatari/categorie destinatari dei dati personali
- Periodo di conservazione dei dati personali
- Diritti dell'interessato
- Reclami
- Processi decisionali automatizzati
- Modifiche e aggiornamenti alla presente informativa

è disponibile sul sito dell'Ente al link:

<https://omceoco.it/modulistica-per-medici-chirurghi-e-odontoiatri/iscrizione-cancellazione-albo-medici-chirurghi-e-o-albo-odontoiatri/informativa-ai-sensi-del-regolamento-europeo-2016-679-in-materia-di-trattamento-dati-personali-iscrizioni.html>

Si prega l'interessato di prenderne visione e stamparne una copia per sé prima della sottoscrizione.

Presenza d'atto dell'informativa e dichiarazione di consenso

- La sottoscritta
- Il sottoscritto

Cognome

Nome

Codice Fiscale

→ (obbligatorio) confermo con la mia sottoscrizione di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa e presto il mio consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a categorie particolari (es. stato di salute) o relativi a condanne penali e reati, per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ li _____ Firma _____

→ (facoltativo) presto il mio consenso all'utilizzo della email, numero di telefono cellulare e di fax ed all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine autorizzando il connesso trattamento dei dati indicati per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ li _____ Firma _____

La sottoscritta

Il sottoscritto

ALLEGA

Fotocopia Carta di identità

Fotocopia Patente

Fotocopia Passaporto

Fotocopia Permesso di soggiorno (solo per cittadini extra UE)

Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria

Informativa Privacy sottoscritta

Originale Decreto di riconoscimento del Ministero della salute del titolo accademico (solo per titoli di studio conseguiti all'estero)

Originale ricevuta di pagamento tassa concessione governativa all'Agenzia delle Entrate (solo per Prima Iscrizione o Re-Iscrizione)

Copia conforme documentazione relativa alle condanne penali

Dichiarazione sostitutiva conseguimento titoli di specializzazione, master, formazione specifica in Medicina Generale, altre competenze specifiche

Dichiarazione sostitutiva di assunzione incarico di Direttore Sanitario

Fototessera per il rilascio del tesserino di iscrizione all'Albo

Data

Firma

ALLEGATI OBBLIGATORI PER TUTTI

- Fotocopia Carta di identità o Patente o Passaporto
 - Fotocopia Codice Fiscale o Tessera Sanitaria (se non presente sulla CIE)
 - Marca da bollo da 16,00€
 - Modulo Consenso Privacy sottoscritto
-

ALLEGATI OBBLIGATORI SOLO PER LA PRIMA ISCRIZIONE O LA RE-ISCRIZIONE

- Originale della ricevuta di pagamento della tassa di concessione governativa di 168,00 € sul c.c.p. N° 8003 intestato all'Agenzia delle Entrate – Centro Operativo Pescara per tasse concessione governative.

Tipo versamento:	Rilascio
Causale:	Iscrizione Albo Medici Chirurghi
Codice tariffa:	8617

ALLEGATI OBBLIGATORI PER CITTADINI EXTRA-UE

- Fotocopia Permesso di soggiorno (solo per cittadini extra UE)
-

ALLEGATI OBBLIGATORI PER TITOLI CONSEGUITI ALL'ESTERO

- Originale Decreto di riconoscimento del Ministero della salute del titolo accademico (solo per titoli di studio conseguiti all'estero)
-

ALLEGATI OBBLIGATORI PER ALTRI TITOLI CONSEGUITI

- Dichiarazione sostitutiva conseguimento titoli di specializzazione, master, formazione specifica in Medicina Generale, altre competenze specifiche
-

ALLEGATI OBBLIGATORI NEL CASO DI ASSUNZIONE DI INCARICO DI DIREZIONE SANITARIA

- Dichiarazione sostitutiva assunzione incarico di Direttore Sanitario
-

ALLEGATI OBBLIGATORI NEL CASO DI CONDANNE PENALI

- Copia conforme documentazione relativa alle condanne penali
-

ALLEGATI FACOLTATIVI

- Fototessera per il rilascio del tesserino di iscrizione all'Albo