

marca da bollo da € 16,00

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.

**All'Ordine dei medici chirurghi e
degli odontoiatri della provincia di
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a,

(cognome) _____

(nome) _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO _____ di codesto Ordine.

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 risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

- di essere nato/a a prov.il

- codice fiscale

- di essere residente in provcap.....

Via Tel..... cell.....;

-indirizzo email:.....;

- di essere cittadino/a

- di aver conseguito il diploma di laurea in il

presso l'Università degli Studi di

-di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione..... dell'anno.....

presso l'Università degli Studi di

-di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute rilasciato in data:

.....;

- 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 aver riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi 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/La sottoscritto/a, inoltre, **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 o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di **non essere** stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

-note: _____

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, _____

Il/La Dichiarante
(da apporre all'atto della sottoscrizione)

Si allega:

- Attestazione del versamento di **168,00** euro, da effettuarsi sul C/C postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative (Codice Tariffa 8617);
- Una fotografia formato tessera;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale.
- Attestazione del versamento della “Tassa di 1^ iscrizione” di **25,82** euro e della “Quota annuale di iscrizione” di **161,15** euro (importo in vigore fino al 31/12/2018), da effettuarsi sul C/C bancario (**IBAN: IT 85 A 01030 02600 000000988810**) intestato all'Ordine dei Medici chirurghi e Odontoiatri della provincia di Ancona – Via Buonarroti, 1 60125 Ancona - presso la Banca Monte dei Paschi di Siena – Via S. Martino, 27 – Ancona - (per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso società di gestione tramite avviso)

SI RICORDA CHE:

- sui versamenti deve essere riportato il NOME di colui a cui è intestata la DOMANDA;**
- i versamenti vanno presentati in ORIGINALE e non in copia;**
- se la domanda viene spedita o presentata da altra persona deve essere accompagnata da una copia del documento di identità.**

P.S.: Se indicato dal Ministero prima di procedere all'iscrizione l'Ordine, ai sensi dell'art. 7 Decreto legislativo 9/11/2007 n. 206, dovrà accertare la conoscenza della lingua italiana delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia, come riportato nel decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, relativo al riconoscimento del titolo professionale.