

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.

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI della provincia di
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a Dott.

(cognome) _____

(nome) _____

CHIEDE

il trasferimento 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 _____ prov. _____ cap _____

Via _____ Tel. _____ cell. _____ ;

- indirizzo EMAIL _____ e PEC _____ ;

- di essere cittadino/a _____ ;

- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____

Via _____ Tel. _____ ;

- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____ ;

- di avere 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 provenire dall'ORDINE provinciale di _____ iscritto all'Albo _____
dal _____ al n° _____;

- di **essere** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;

- di **non avere** procedimenti penali e disciplinare pendenti _____

- di **non avere** riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente, nei modi dovuti, 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 **25,82** euro, con causale "Tassa di iscrizione per trasferimento" da effettuarsi sul C/C bancario (**IBAN: IT 85 A 01030 02600 00000988810**) 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
- fotocopia del codice fiscale;
- una fotografia formato tessera.

Le istanze trasmesse per posta o fax devono essere obbligatoriamente accompagnate da una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità