

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 DEI **MEDICI CHIRURGHI** 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:.....;
- di essere cittadino/a .....
- di aver conseguito il diploma di laurea in **medicina e chirurgia** 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 aver conseguito il diploma di specializzazione in.....  
presso l'Università degli Studi di ..... in data.....;

-di stabilire il domicilio professionale in .....

Via..... cap.....Tel.....;

- 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 albo provinciale dei medici-chirurghi 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;

**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;
- Attestazione dei versamenti della “Tassa di 1<sup>a</sup> 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 Buonarroto, 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.***