

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA SPEZIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine mantenendo l'iscrizione all'Albo dei Medici.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- in via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_ ;  
cell \_\_\_\_\_; e-mail \_\_\_\_\_;
- Pec \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essersi immatricolato/a nell'anno \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- data di immatricolazione \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli  
Studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 della legge 675/96.

Data .....

**FIRMA**

.....

**Estremi documento di riconoscimento** \_\_\_\_\_

**Rilasciato il** \_\_\_\_\_ **da** \_\_\_\_\_

**(Allegare fotocopia documento)**

**Si raccomanda all'iscritto di fornire il consenso alla privacy. La mancata autorizzazione al trattamento e trasmissione dei dati impedisce a quest'Ordine, e agli altri Enti coinvolti nel progetto, il trattamento degli stessi.**

## CONSENSO PRIVACY

### Informativa ai sensi art. 13 D. Lsg. 196/2003.

In conformità al disposto dell' art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine, ivi compresa la newsletter;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti e collaboratori, istituti di credito, studi professionali, legali e commerciali, società di elaborazione dati, Enti pubblici e Enti previdenziali;

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della **Spezia**  
Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della **Spezia**

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell' art. 7 del D. Lgs. n. 196/2003.

### Manifestazione del consenso, ai sensi dell' art. 23 Decreto Legislativo 196 del 30 giugno 2003.

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

a seguito di presa visione delle informazioni di cui all' art. 13, acconsente al trattamento dei dati descritti, anche in particolare di quelli sensibili, sin qui raccolti e che verranno raccolti nel proseguo delle attività istituzionali dell'Ordine.

**Acconsento alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e le finalità sopra descritte.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**N.B. – Allegare fotocopia documento di identità in corso di validità.**

**RICEVUTA VERSAMENTO DI € 168,00 SUL C/C N.8003 INTESTATO A  
UFFICIO - TASSE DI ROMA - CONCESSIONI GOVERNATIVE**

**RICEVUTA VERSAMENTO SUL CONTO CORRENTE INTESTATO A  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
BANCA POPOLARE DI SONDRIO  
IBAN IT44 A056 9601 4000 0000 1759 X09**

**€ 127.00**

**TASSA ANNUALE**

**€ 15,00 TASSA ISCRIZIONE**

- UNA FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA**
- FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO**
- FOTOCOPIA TESSERINO CODICE FISCALE**

