

**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 DEI MEDICI** di codesto Ordine.

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 \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_
- Tel \_\_\_\_\_ ; Cell. \_\_\_\_\_;
- e mail: \_\_\_\_\_;
- pec: \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essersi immatricolato/a nell'anno \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- 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 iscritto in altro albo 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 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**

.....

## 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 e segnalazioni urgenti in campo sanitario.

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

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- RICEVUTA VERSAMENTO DI € 168,00 SUL C/C POSTALE N.8003 TASSE DI CONCESSIONI GOVERNATIVE INTESTATO A AGENZIA DELLE ENTRATE CENTRO OPERATIVO DI PESCARA (COD. 8617)
- RICEVUTA VERSAMENTO SUL CONTO CORRENTE INTESTATO A ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI € 165,00 (di cui € 150 – tassa di iscrizione annuale e € 15,00 - tassa di prima iscrizione)  
BANCA POPOLARE DI SONDRIO  
IBAN : IT44 A056 9601 4000 0000 1759 X09
- 1 FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA
- FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
- FOTOCOPIA TESSERINO CODICE FISCALE
- COPIA DEL GIURAMENTO PROFESSIONALE

## GIURAMENTO PROFESSIONALE

*Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:*

- *di esercitare la medicina in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;*
- *di perseguire la difesa della vita, la tutela della salute fisica e psichica, il trattamento del dolore e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della dignità e libertà della persona cui con costante impegno scientifico, culturale e sociale ispirerò ogni mio atto professionale;*
- *di curare ogni paziente con scrupolo e impegno, senza discriminazione alcuna, promuovendo l'eliminazione di ogni forma di diseguaglianza nella tutela della salute;*
- *di non compiere mai atti finalizzati a provocare la morte;*
- *di non intraprendere né insistere in procedure diagnostiche e interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, senza mai abbandonare la cura del malato;*
- *di perseguire con la persona assistita una relazione di cura fondata sulla fiducia e sul rispetto dei valori e dei diritti di ciascuno e su un'informazione, preliminare al consenso, comprensibile e completa;*
- *di attenermi ai principi morali di umanità e solidarietà nonché a quelli civili di rispetto dell'autonomia della persona;*
- *di mettere le mie conoscenze a disposizione del progresso della medicina, fondato sul rigore etico e scientifico della ricerca, i cui fini sono la tutela della salute e della vita;*
- *di affidare la mia reputazione professionale alle mie competenze e al rispetto delle regole deontologiche e di evitare, anche al di fuori dell'esercizio professionale, ogni atto e comportamento che possano ledere il decoro e la dignità della professione;*
- *di ispirare la soluzione di ogni divergenza di opinioni al reciproco rispetto;*
- *di prestare soccorso nei casi d'urgenza e di mettermi a disposizione dell'Autorità competente, in caso di pubblica calamità;*
- *di rispettare il segreto professionale e di tutelare la riservatezza su tutto ciò che mi è confidato, che osservo o che ho osservato, inteso o intuito nella mia professione o in ragione del mio stato o ufficio;*
- *di prestare, in scienza e coscienza, la mia opera, con diligenza, perizia e prudenza e secondo equità, osservando le norme deontologiche che regolano l'esercizio della professione.*

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_