

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

Bollo
€. 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
PESARO E URBINO
Mail: segreteria@omop.it

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____

- codice fiscale _____

- di essere residente in _____ dal _____ prov. _____

via _____ n. _____, Tel. _____ Cell. _____

indirizzo posta elettronica _____

- di essere cittadino/a _____

- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____

presso

l'Università degli Studi di _____ con voto _____

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

presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____

☐ 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 avere riportato le seguenti condanne penali: _____

avanti l'Autorità Giudiziaria di _____

☐ di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

☐ di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: _____

avanti l'Autorità Giudiziaria di _____

☐ di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale

☐ di aver riportato la seguente condanna penale _____ avanti l'Autorità Giudiziaria di _____ non soggetta a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale

☐ di aver riportato sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti avanti l'Autorità Giudiziaria di _____

☐ di non aver riportato sentenza di applicazione della pena su richiesta delle parti avanti l'Autorità Giudiziaria di _____

☐ di godere dei diritti civili

☐ di non 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 del Regolamento EU 679/2016 e del Codice Privacy 196/2003 aggiornato al D. Lgs 181/2018.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Il sottoscritto si impegna, inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

FIRMA

Data _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
PESARO E URBINO**

Il sottoscritto _____ incaricato ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

Informativa ai sensi del Reg. EU 2016/679

Egregio Dottore / Gentile Dottoressa,

ai sensi delle suddette normative sulla Privacy, Le forniamo le seguenti informazioni.

Il trattamento è effettuato per la tenuta dell'Albo professionale ed esercizio delle altre funzioni istituzionali attribuite all'Ordine dalla legge e sarà effettuato con modalità manuali e informatizzate.

I dati saranno comunicati a pubbliche amministrazioni, autorità ed enti, come previsto dalle vigenti norme di legge e di regolamento; inoltre, essendo l'Albo professionale pubblico, i dati in esso contenuti potranno essere diffusi presso chiunque lo richieda e vi abbia interesse.

La informiamo che il conferimento dei dati è obbligatorio, in quanto previsto da norme di legge e di regolamento, e il loro eventuale mancato conferimento comporta l'impossibilità di dare corso alla Sua domanda.

Il titolare del trattamento è questo Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, il responsabile della protezione dei dati è contattabile all'indirizzo: rpd@omop.it

Al titolare del trattamento o al Responsabile della Protezione dei dati Lei potrà rivolgersi per far valere i Suoi diritti, che per sua comodità, riproduciamo di seguito in maniera sintetica.

DLgs n. 196/2003 e ss.mm.ii – Privacy - Diritti dell'interessato

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità, modalità e durata del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
- 3) L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;***
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
- 4) L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

PER PRESA VISIONE E CONSENSO

Data Firma

ACCONSENTE espressamente alla comunicazione dei dati ed il relativo trattamento per gli adempimenti e finalità sopra descritte anche via posta elettronica

PER PRESA VISIONE E CONSENSO

Data Firma

A CORREDO DELLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE IL MEDICO DEVE PRESENTARE:

- N. 1 fotocopia documento d'identità (carta d'identità)
- N. 1 fotografia a colori formato tessera
- N. 1 fotocopia tesserino codice fiscale
- Ricevuta di versamento di € 168,00 per Tasse Concessioni Governative a favore dell'Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003 con causale “Altri Atti” cod. 8617.
- Attestazione del versamento effettuato tramite il sito MPAY della Regione Marche della **QUOTA ANNUALE PRIMA ISCRIZIONE E TASSA PRIMA ISCRIZIONE** di € 150,00.

Procedura da seguire per pagare tramite MYPAY:

Cliccare su <http://mpay.regione.marche.it> e cliccare su **ESEGUI** da ENTE DI INTERESSE provincia selezionare **PESARO URBINO** e da ENTE selezionare: **Ordine medici chirurghi e odontoiatri della provincia di PESARO-URBINO**. Dal menù a sinistra, selezionare il pagamento attinente alla domanda che si presenta: **“Quota annuale prima iscrizione”**, compilare tutti i campi richiesti e stampare la ricevuta da consegnare insieme all'istanza.
N.B. – sui versamenti deve essere riportato il nome di colui a cui è intestata la domanda.

Per informazioni e assistenza su MPay chiamare il numero 0731241750 oppure inviare una mail a: pagamenti a mpay@regione.marche.it
Per ulteriori informazioni contattate i nostri uffici.

N.B.: Le istanze di iscrizione oltre che essere presentate di persona - **in tal caso sono sottoscritte dinanzi all'impiegato addetto alla ricezione** - possono essere presentate da un terzo, in questo caso le stesse devono essere accompagnate da fotocopia di un documento di riconoscimento (carta d'identità - validità 5 anni), patente di guida (validità 10 - 5 e 2 anni a seconda dell'età e della categoria), passaporto (validità 5 anni), porto d'armi (validità 6 anni).