

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Modena

Il sottoscritto: Cognome

Nome

CHIEDE

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

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000),

DICHIARA

di essere nato a Prov.

se Stato estero il

di essere cittadino codice fiscale

di essere residente: **la residenza deve essere conforme con i dati fiscali in possesso del Ministero delle Finanze**

indicare per esteso.

via/v.le/ Corso/ P.zza nr.

interno ... scala edificio altro

Frazione /località

Comune..... CAP Provincia

di avere il **DOMICILIO PROFESSIONALE**:

indicazione **obbligatoria** per un iscritto che esercita in provincia diversa da quella di residenza

indicare per esteso.

via/v.le/ Corso/ P.zza nr.

interno ... scala edificio altro

Frazione /località

Comune..... CAP Provincia

ALTRO INDIRIZZO

indicare per esteso.

via/v.le/ Corso/ P.zza nr.

interno ... scala edificio altro

Frazione /località

Comune..... CAP Provincia

CONTRASSEGNARE CON

[X]

L'INDIRIZZO DA UTILIZZARE QUALE RECAPITO POSTALE

- tel. cell. ;

- indirizzo e-mail

di aver conseguito il diploma di laurea in
 odontoiatria medicina e chirurgia presso l'Università di
.....
voto su..... lode s/n..... data Anno immatricolazione

di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l' Università di
.....
voto su ANNO Accademico sessione 1^ - 2^

- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo, di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziario ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere iscritto in altro Albo provinciale degli odontoiatrie degli odontoiatri;
- 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 degli odontoiatrie degli Odontoiatri;
- di non aver 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 dei diritti;

Data..... firma

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;
- 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;

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena
Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

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.

...../...../..... Firma

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

Documentazione da presentare :

1. domanda in bollo;
2. ricevuta versamento **tassa di Concessione Governativa** € 168,00 (bollettino di c/c postale n. 8003 indicando il codice tariffa 8617);
3. **tassa annuale di iscrizione all'Ordine** di € 165,00 (per l'anno in corso) pagamento da effettuare tramite bonifico bancario (Banca Popolare dell'Emilia Romagna – sede di Modena - **IBAN IT 14 T 05387 12900 00000022412 BIC - BPMOIT22XXX** ;
causale: cognome nome – quota iscrizione albo medici chirurghi anno
4. fotocopia del documento di identità in corso di validità;
5. fotocopia del codice fiscale;
6. due foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.

DATI PROFESSIONALI / ECM / ESENZIONI ECM
(DA AGGIORNARE PERIODICAMENTE A CURA DELL'ISCRITTO)

Il sanitario **DEVE** indicare se esercita o meno la professione sanitaria. Il dato da riportare è riferito alla data di compilazione del presente modulo.

Il sottoscritto: Cognome

Nome

nr. di iscrizione

N - quando l'iscritto non esercita la professione

S - quando l'iscritto esercita la professione

(indicare TIPO ATTIVITA'))

di seguito si riportano le descrizioni di riferimento

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 01 LIBERO PROFESSIONISTA | 09 DIPENDENTE ENTE PUBBLICO |
| 02 SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA | 10 DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA |
| 03 GENERALE CONVENZIONATO SSN | 11 Descrizione soppressa |
| 04 PEDIATRA CONVENZIONATO SSN | 12 DIRETTORE TECNICO |
| SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO | |
| 05 SSN | 13 DIRETTORE SANITARIO |
| 06 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN | 14 MEDICO PENSIONATO |
| | 15 CONTINUITA' ASSISTENZIALE – GUARDIA MEDICA |
| 07 OSPEDALIERO | |
| 08 UNIVERSITARIO | |

SE CONVENZIONATO INDICARE:

- LA REGIONE

- DATA INIZIO RAPPORTO DI CONVENZIONE

COMUNICAZIONE DATI ECM

Disciplina esercitata

codice 61 - Odontoiatria

ESENZIONI ECM

data inizio **data fine**

TIPO ESENZIONE

Di seguito si riportano le descrizioni di riferimento

| | |
|----|--|
| 01 | formazione post-base riconosciuta all'estero |
| 02 | stato di gravidanza |
| 03 | congedo parentale |
| 04 | adempimenti del servizio militare |
| 05 | dottorato di ricerca |
| 06 | corso di specializzazione |
| 07 | master, corso di perfezionamento scientifico e laurea specialistica disciplinati Decreto MURST N.509 DEL 3 novembre 1999 pubblicato G.U. n. 2 del 04/01/2000; |
| 08 | corso di formazione specifica in medicina generale D.lgs 368/1999; |
| 09 | formazione complementare |
| 10 | corsi di formazione e aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" Legge 135/90 per tutto il periodo di formazione (anno di frequenza) |
| 11 | Regime esenzione speciale |

...../...../.....

Firma

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;
- 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 di Modena

Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

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.

.....,/...../.....

Firma

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

| CODICE | DESCRIZIONE DISCIPLINE ECM | AMBITO AREA |
|--------|----------------------------|-------------|
| 61 | odontoiatria | |