

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

Il sottoscritto: Cognome .....

Nome .....

**C H I E D E**

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 <input type="checkbox"/> odontoiatria <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 1^ - <input type="checkbox"/> 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 € 175,00 (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 –<br>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	