

**Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
P.le Boschetti, 8  
41121 Modena

Il sottoscritto.....

Nato il ..... a .....

Iscritto:     Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri

*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**

**NUOVO INDIRIZZO:**     residenza fiscale     posta     domicilio professionale

Via ..... n. ....

CAP..... Città .....

**NUOVO INDIRIZZO:**     residenza fiscale     posta     domicilio professionale

Via ..... n. ....

CAP..... Città .....

**VARIAZIONE ALTRI DATI:**

*Tel. abit.* .....    *Tel. profess.* .....

*Fax* .....    *cell* .....

*e-mail personale* .....

*e-mail professionale* .....

*PEC – posta elettronica certificata* .....

**TITOLI CONSEGUITI**     specialità     master     corso di perfezionamento

.....  
Università (Italiana).....

Università (Estera).....(Nazione) .....

voto ..... su ..... Lode  S / N in [data](#) .....

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

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

COGNOME.....

NOME .....

iscritto: [ ] ALBO medici chirurghi [ ] Odontoiatri NR. ISCR. ....

[ / ] *S - quando l'iscritto esercita la professione* [ / ] *N - quando l'iscritto NON 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** .....  
**RIPORTARE LA DESCRIZIONE COME DA TABELLA DISCIPLINE ECM ALLEGATA**

**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 previsti e disciplinati dal Decreto del MURST del 3 novembre 1999, n. 509, pubblicato nella G.U. n. 2 del 4 gennaio 2000
08	corso di formazione specifica in medicina generale, di cui al Decreto Legislativo 17 agosto 1999, n. 368, emanato in attuazione della Direttiva 93/16/CEE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli
09	formazione complementare
10	corsi di formazione e di aggiornamento professionale svolti ai sensi dell'art. 1, comma 1, lettera d) "Piano di interventi contro l'AIDS" di cui alla Legge 5 giugno 1990, n. 135, pubblicata nella G.U. n. 132 dell'8 giugno 1990 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 .....

INVIO PER POSTA, PER FAX, E-MAIL  
**Allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità (ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000).**

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO DELL'ORDINE  
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig. \_\_\_\_\_  
.....  
**(firma del dipendente addetto)**

**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena**

C.P. 380 Modena Centro - P.le Boschetti n. 8 – 411211 MODENA

- tel. 059/247711 - Fax 059/247719
- e.mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)
- PEC : [ordine.mo@pec.omceo.it](mailto:ordine.mo@pec.omceo.it)
- [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

**ELENCO    DISCIPLINE    ECM**

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>AMBITO</b>	<b>AREA</b>
01	Cardiochirurgia		Area chirurgica
02	Chirurgia generale		Area chirurgica
03	Chirurgia maxillo facciale		Area chirurgica
04	Chirurgia pediatrica		Area chirurgica
05	Chirurgia plastica e ricostruttiva		Area chirurgica
06	Chirurgia toracica		Area chirurgica
07	Ginecologia e ostetricia		Area chirurgica
08	Oftalmologia		Area chirurgica
09	Ortopedia e traumatologia		Area chirurgica
10	Otorinolaringoiatria		Area chirurgica
11	Anatomia patologica		Area della medicina diagnostica e servizi
12	Anestesia e rianimazione		Area della medicina diagnostica e servizi
13	Biochimica clinica		Area della medicina diagnostica e servizi
14	Farmacologia e tossicologia clinica		Area della medicina diagnostica e servizi
15	Laboratorio di genetica medica		Area della medicina diagnostica e servizi
16	Medicina legale		Area della medicina diagnostica e servizi
17	Medicina nucleare		Area della medicina diagnostica e servizi
18	Medicina trasfusionale		Area della medicina diagnostica e servizi
19	Microbiologia e virologia		Area della medicina diagnostica e servizi
20	Neurofisiopatologia		Area della medicina diagnostica e servizi
21	Neuroradiologia		Area della medicina diagnostica e servizi
22	Patologia clinica (laboratorio di analisi chimico-cliniche e microbiologia)		Area della medicina diagnostica e servizi
23	Radiodiagnostica		Area della medicina diagnostica e servizi
24	Medicine alternative		Area delle medicine alternative
25	Igiene degli alimenti e della nutrizione		Area di sanità pubblica
26	Igiene, epidemiologia e sanità pubblica		Area di sanità pubblica
27	Medicina del lavoro		Area di sanità pubblica
28	Allergologia ed immunologia clinica		Area medica
29	Angiologia		Area medica
30	Cardiologia		Area medica
31	Dermatologia e venereologia		Area medica
32	Ematologia		Area medica
33	Endocrinologia		Area medica
34	Gastroenterologia		Area medica
35	Genetica medica		Area medica
36	Geriatrics		Area medica
37	Malattie dell'apparato respiratorio		Area medica
38	Malattie infettive		Area medica
39	Malattie metaboliche e diabetologia		Area medica
40	Medicina aeronautica e spaziale		Area medica

## Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Modena

<b>CODICE</b>	<b>DESCRIZIONE</b>	<b>AMBITO</b>	<b>AREA</b>
41	Medicina dello sport		Area medica
42	Medicina e chirurgia di accettazione e di urgenza		Area medica
43	Medicina fisica e riabilitazione		Area medica
44	Medicina interna		Area medica
45	Medicina termale		Area medica
46	Nefrologia		Area medica
47	Neonatologia		Area medica
48	Neurologia		Area medica
49	Neuropsichiatria infantile		Area medica
50	Oncologia		Area medica
51	Pediatria		Area medica
52	Psichiatria		Area medica
53	Radioterapia		Area medica
54	Reumatologia		Area medica
55	Scienza dell'alimentazione e dietetica		Area medica
56	Continuità assistenziale		Medicina del territorio
57	Medicina generale (Medici di famiglia)		Medicina del territorio
58	Pediatria (Pediatri di libera scelta)		Medicina del territorio
59	Urologia		Area chirurgica
60	Psicoterapia		
61	Odontoiatria		Area odontoiatrica