

**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 mantenendo la **contemporanea** iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi.

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. .... CAP..... il .....
- codice fiscale ..... di essere cittadino .....
- di essere residente/domiciliato a .....CAP.....prov. .... ;  
in via ..... n..... tel. .... ;
- indirizzo e-mail .....
- [ ] di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il .....  
presso l'Università degli Studi di ..... voto .....
- [ ] di aver superato l'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo nella ..... sessione  
dell'anno..... presso l'Università degli Studi di ..... voto .....
- [ ] di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia antecedentemente al  
28.01.1980, presso l'Università di .....
- [ ] di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia negli anni accademici dal  
1980-1981 al 1984-1985, presso l'Università di .....
- [ ] di essere in possesso di un diploma di specializzazione in .....  
ai sensi del DM 18/09/2000, conseguito presso l'Università degli Studi di .....  
in data .....
- di essere iscritto all'Albo prov.le dei Medici Chirurghi di ..... in data.....
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di esser sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e 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;
- 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;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del DL.gs 196/03 e esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

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 .....

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

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 .....

^v^v^v^v

### ***Documentazione da presentare :***

Laureati Med.Chir.immatricolati prima 28.01.80  
Specialisti in campo odontoiatrico L.409/85

### **Documentazione da presentare:**

- domanda in bollo;
- ricevuta versamento tassa Concessione Governative € **168,00**
- tassa annuale di iscrizione all'Albo di € **151,48** - (per l' anno in corso)  
il pagamento dovrà essere effettuato tramite bonifico bancario;
- fotocopia di documento di identità in corso di validità.
- fotocopia tesserino codice fiscale.

~~~~~

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

P.le Boschetti n. 8 - 41100 Modena - CP 380 Modena Centro - Tel. 059/247711 - Fax 059/247719

e-mail: [ippocrate@ordinemedicimodena.it](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)

---

**MODULO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Indirizzo: città \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail personale \_\_\_\_\_

e-mail professionale \_\_\_\_\_

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 .....

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

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 .....