

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

Il sottoscritto: Cognome
Nome

C H I E D E

L'ISCRIZIONE ALL' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DELL'ORDINE DI MODENA

per trasferimento dalla Provincia di

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 aProv.

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

COMUNICAZIONE DATO DOMICILIO PROFESSIONALE	
indicare per esteso.	
via/v.le/ Corso/ P.zza	nr. ...
interno ... scala edificio altro	
Frazione /località	
Comune.....	CAP Provincia

ALTRO:

COMUNICAZIONE DOMICILIO O ALTRO INDIRIZZO	
indicare per esteso.	
via/v.le/ Corso/ P.zza	nr. ...
interno ... scala edificio altro	
Frazione /località	
Comune.....	CAP Provincia

INDICARE CON [X] L'INDIRIZZO DI POSTA

- tel. cell. ;
- indirizzo e-mail
- indirizzo PEC

Domanda iscrizione per trasferimento Albo Medici Chirurghi

- di aver conseguito il diploma di laurea in presso l'Università degli Studi di in data voto
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di voto
- di essere iscritto nell'Albo provinciale dei Medici Chirurghi di in data al n. iscrizione

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM alla data di presentazione della domanda;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Data.....

firma

allegati:

- domanda in marca da bollo € 14,62
- ricevuta tassa di iscrizione per trasferimento di €10,00 da assolvere presso la segreteria;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- due foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione;
- fotocopia codice fiscale.

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

Il sottoscritto.....

Nato il a
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 sotto la propria responsabilità di aver conseguito quanto segue:

SPECIALITA'

.....

Università

votosuLode [] S / N in **data**

MASTER (I^a e II^a livello - art. 3, comma 9, DM 270/2004)

.....

Università

in **data**

CORSO DI PERFEZIONAMENTO (DM 509/1999 – DM 270/2004)

.....

Università

in **data**

DOTTORATO DI RICERCA (L. 28/1980 – L. 210/1998 – DM 224/1999 art. 4)

.....

Università

AUTORIZZA

NON AUTORIZZA

La pubblicazione dei titoli aggiuntivi nell'Albo professionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena

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

Firma

Domanda iscrizione per trasferimento Albo Medici Chirurghi

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.

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 |
| 05 SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN | 13 DIRETTORE SANITARIO |
| 06 SPECIALISTA ESERCITANTE SSN | 14 MEDICO PENSIONATO |
| 07 OSPEDALIERO | 15 CONTINUITA' ASSISTENZIALE –
GUARDIA MEDICA |
| 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 delle esenzioni ECM

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

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
- PEC : ordine.mo@pec.omceo.it
- www.ordinemedicimodena.it

ELENCO DISCIPLINE ECM

CODICE	DESCRIZIONE	AMBITO	AREA
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

Domanda iscrizione per trasferimento Albo Medici Chirurghi

CODICE	DESCRIZIONE	AMBITO	AREA
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

ESONERI DALL'OBBLIGO DELL'ECM

corsi di formazione post-base propri della categoria di appartenenza (corso di specializzazione, dottorato di ricerca, 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);

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;

formazione complementare (es. corsi effettuati ai sensi dell'art. 66 "Idoneità all'esercizio dell'attività di emergenza" di cui al D.P.R 28 luglio 2000 n. 270 "Regolamento di esecuzione dell'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale");

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.

Sono altresì esonerati, per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni: i soggetti che usufruiscono delle disposizioni in materia di tutela della **gravidanza** di cui alla legge 30 dicembre 1971, n. 1204, e successive modificazioni, i soggetti che prestano il **servizio militare** di cui alla legge 24 dicembre 1986, n. 958, e successive modificazioni.

Si precisa che occorre conservare la documentazione comprovante la facoltà della fruizione dell'esonero. L'esonero dall'obbligo di acquisire i crediti è valido per tutto il periodo (anno di riferimento) in cui i soggetti interessati usufruiscono o sono assoggettati alle predette disposizioni. Occorre specificare che nel caso in cui il periodo di assenza dal lavoro ricadesse a cavallo di due anni, l'anno di validità per l'esenzione dai crediti sarà quello in cui il periodo di assenza risulta maggiore.

Eventuali crediti percepiti nell'anno di esenzione non possono essere portati in detrazione per l'anno successivo, in quanto vengono assorbiti dal diritto di esonero vantato dall'operatore per le tipologie indicate precedentemente.

Il sanitario è tenuto a comunicare al proprio Ordine di riferimento la data di inizio e di conclusione del periodo di esonero.

Medici e odontoiatri non sono tenuti all'acquisizione dei crediti ECM per l'anno solare nel quale presentano la domanda di prima iscrizione all'Ordine.

AVAVAV