

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

Il sottoscritto Dott.

C H I E D E

L'ISCRIZIONE ALL' ALBO DEGLI ODONTOIATRI 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 a Prov.

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

CONTRASSEGNARE CON

[X]

L'INDIRIZZO DA UTILIZZARE QUALE RECAPITO POSTALE

- tel. cell. ;

- indirizzo e-mail ;

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ODONTOIATRI

Marca da bollo

- ovvero di avere fissato la propria attività professionale nel Comune di presso;
- 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 degli Odontoiatri di in data al n. iscrizione
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- 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 giudiziario ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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 D.Lgs 196/03 e esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

Data.....

firma

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

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

VΛVΛVΛV

Documentazione da presentare:

- domanda in bollo;
- ricevuta tassa di iscrizione per trasferimento di 10,00 € da assolvere presso la segreteria;
- fotocopia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia codice fiscale;
- due foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione;
- una foto tessera per il tesserino per l'esercizio della professione odontoiatrica, obbligatorio;

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.

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
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

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.

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ODONTOIATRI

Marca da bollo

CODICE	DESCRIZIONE DISCIPLINE ECM	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

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ODONTOIATRI

Marca da bollo

CODICE	DESCRIZIONE DISCIPLINE ECM	AMBITO AREA
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	Geriatrica	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
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	