

**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 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 .....

**INDICARE CON [X] L'INDIRIZZO DI POSTA**

- tel. .... cell. ....;

- indirizzo e-mail .....

- indirizzo PEC .....

Domanda iscrizione per trasferimento Medici

- 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;

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 .....

voto .....su .....Lode [ ] S / N in **data** .....

**MASTER (I<sup>a</sup> e II<sup>a</sup> 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 .....

**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 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 –<br>GUARDIA MEDICA |
| 08 UNIVERSITARIO                         |  |

**COMUNICAZIONE DATI ECM**

Disciplina esercitata : **odontoiatria (61)**

**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](mailto:ippocrate@ordinemedicimodena.it)
- PEC : [ordine.mo@pec.omceo.it](mailto:ordine.mo@pec.omceo.it)
- [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

**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.**

ΛΛΛΛΛ