

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

Il sottoscritto : Cognome

Nome

C H I E D E

la contemporanea iscrizione all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine mantenendo l'iscrizione all'Albo degli 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

- di essere nato aProv. CAP.....il
- codice fiscale
- di essere residente/domiciliato aCAP.....prov.
in vian..... tel.
- indirizzo e-mail
- di essere cittadino
- di aver conseguito il diploma di **laurea in medicina e chirurgia** il presso l'Università degli Studi di voto
- di aver conseguito il diploma di **odontoiatria e protesi dentaria** il presso l'Università degli Studi di voto
- di aver superato l'esame di abilitazione alla professione di **medico chirurgo** nellasessione dell'anno presso l'Università degli Studi divoto
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia antecedentemente al
- 28.01.1980, presso l'Università di
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma, della L. 409/85, conseguito presso l'Università degli Studi di in data
- di essere iscritto all'albo prov.le degli Odontoiatri 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;

Data.....

firma

DOCUMENTI DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE :

1. domanda in bollo;
2. ricevuta versamento **tassa di Concessione Governativa** € 168,00 (bollettino di c/c postale intestato a: AGENZIA DELLE ENTRATE – Centro Operativo di Pescara – Via Rio Sparto, 21 - 65100 PESCARA - c/c n. 8003 - codice tariffa 8617);
3. copia dell'avvenuto pagamento della tassa di iscrizione all'Ordine per trasferimento di € 50,00 da effettuare come segue:
collegarsi al sito www.ordinemedicimodena.it
in fondo alla Home Page selezionare il logo 
ACCEDI – scegliere l'opzione **PAGAMENTO SPONTANEO** e cliccare sulla voce **PAGAMENTI DIRETTI**
scegliere la voce dal menù a tendina relativa all'operazione da effettuare
compilare i campi obbligatori e scegliere se procedere direttamente con il pagamento online (**PAGA ORA**) oppure creare l'avviso da pagare direttamente in banca, in posta o nelle Tabaccherie con il circuito Lottomatica (**STAMPA**).
L'importo della quota è maggiorato delle commissioni che vengono trattenute direttamente per l'utilizzo della piattaforma PagoPa, resa obbligatoria per qualunque incasso effettuato da parte delle Pubbliche Amministrazioni.
4. fotocopia del documento di identità in corso di validità;
5. fotocopia del codice fiscale;
6. due foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE N. 2016/679 DEL 27 APRILE 2016

La presente informativa viene resa ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento Ue n. 2016/679 del 27 aprile 2016 (di seguito anche "GDPR") e del D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 recante il "Codice in materia dei dati personali" così come modificato dal D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, recante "Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati)".

Nello specifico, l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena (c.f. 80009510365), quale Titolare del trattamento, desidera informare che, in attuazione degli obblighi derivanti dal GDPR, è tenuto a fornire alcune informazioni riguardanti le modalità e le finalità del trattamento dei dati personali, dei quali lo stesso potrà entrare in possesso per l'iscrizione all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena e l'adempimento degli obblighi legali.

A. TITOLARE DEL TRATTAMENTO	<p>Il Titolare del trattamento per tutti i dati personali raccolti, trattati ed utilizzati in relazione all'esecuzione della prestazione richiesta e per le finalità di seguito indicate è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, sito in Modena (MO), Piazzale Boschetti n. 8, - CAP 41121</p> <p>Telefono: 059.247711 Fax: 059.224899 E-mail: ippocrate@ordinemedicimodena.it Pec: ordine.mo@pec.omceo.it</p>
B. DATI TRATTATI E FINALITA' DEL TRATTAMENTO	<p>1. I dati trattati per la gestione e la corretta esecuzione della prestazione richiesta sono:</p> <ul style="list-style-type: none">a) nome, cognome, data di nascita, codice fiscale, indirizzo di residenza e/o domicilio (se diverso dalla residenza), numero di telefono, e-mail, pec, titoli di studio e conseguimento dell'esame di abilitazione, e tutte le loro eventuali variazioni;b) condanne penali mediante autocertificazione. Successivamente alla Sua autocertificazione si procederà con i necessari accertamenti presso le competenti Autorità. <p>Tali dati potranno essere trattati per l'adempimento di tutti gli obblighi imposti dalla legge nonché per la gestione dell'eventuale fase patologica o di contenzioso legata alla Sua richiesta di iscrizione e a ogni altra esigenza di tipo organizzativo e gestionale. Il conferimento dei dati personali necessari ed essenziali è obbligatorio per consentire la sua iscrizione e per adempiere agli obblighi legali. L'eventuale rifiuto a fornirli, in tutto o in parte, può dar luogo all'impossibilità per il Titolare di dare esecuzione alla Sua richiesta o di svolgere correttamente gli adempimenti legali.</p>
C. BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO	<p>La base giuridica per il trattamento dei dati personali sopra indicati è:</p> <ul style="list-style-type: none">- quanto al punto 1.a) e b) lettera B), la corretta esecuzione della prestazione richiesta e la necessità di adempiere agli obblighi legali.
D. MODALITA' DEL TRATTAMENTO	<p>Il trattamento è realizzato attraverso operazioni, effettuate con o senza l'ausilio di strumenti elettronici e consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.</p> <p>Il trattamento dei Suoi dati viene gestito con un sistema gestionale erogato tramite società esterna.</p> <p>Il salvataggio dei Suoi dati avviene su server fisici ubicati sul territorio europeo.</p> <p>Si precisa che i dati personali verranno custoditi e controllati, anche in relazione alle conoscenze acquisite in base al progresso tecnico, alla natura dei dati e alle specifiche caratteristiche del trattamento, mediante l'adozione di idonee e</p>

	<p>preventive misure di sicurezza, sia di tipo fisico che di tipo logico, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita dei dati stessi; di accesso non autorizzato; di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.</p> <p>Il trattamento verrà svolto dal Titolare e dagli Incaricati espressamente autorizzati dal Titolare.</p>
E. DURATA DI CONSERVAZIONE DEI DATI	I dati sono conservati, nel rispetto della normativa vigente, a tempo indeterminato.
F. DESTINATARI E CATEGORIE DI DESTINATARI	<p>I dati personali forniti non saranno oggetto di diffusione ovvero non ne verrà data conoscenza a soggetti indeterminati.</p> <p>I dati potranno essere invece comunicati a soggetti ben definiti e residenti in Italia o all'estero, all'interno della Comunità Europea, e solamente dal Titolare del trattamento per le finalità indicate e per gli obblighi legali ed amministrativi (a titolo esemplificativo e non esaustivo studi legali esterni, commercialista, Autorità Competenti ecc.), al fine di assicurare la corretta esecuzione della prestazione richiesta, nonché per la tutela dei propri interessi in sede giudiziaria, i quali resteranno comunque Titolari di autonomo trattamento, salvo che si proceda alla nomina dei terzi quali Responsabili esterni del trattamento con apposito contratto scritto.</p> <p>I dati potranno essere trasmessi al fornitore del sistema gestionale utilizzato e alla software house per la gestione dei software aziendali, nominati Responsabili esterni del trattamento.</p> <p>L'elenco dei soggetti nominati Responsabili esterni del trattamento è disponibile ai seguenti riferimenti: lettera raccomandata a/r - Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, sito in Modena (MO), Piazzale Boschetti n. 8, - CAP 41121 pec ordine.mo@pec.omceo.it</p>
G. DIRITTI DELL'INTERESSATO	<p>L'interessato ha diritto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - all'accesso, rettifica, cancellazione, limitazione e opposizione al trattamento dei dati; - ad ottenere senza impedimenti dal Titolare del trattamento i dati in un formato strutturato di uso comune e leggibile da dispositivo automatico per trasmetterli ad un altro titolare del trattamento. <p>A riguardo si informa che il termine per la risposta all'interessato è, per tutti i diritti di un mese dal ricevimento della richiesta, estendibili fino a tre mesi in casi di particolare complessità.</p> <p>L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare a mezzo di raccomandata a/r all'indirizzo: Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena, sito in Modena (MO), Piazzale Boschetti n. 8, - CAP 41121 o mediante pec all'indirizzo: ordine.mo@pec.omceo.it</p>
H. RECLAMO ALL'AUTORITA' GARANTE	<p>L'interessato ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante del Trattamento dei dati.</p> <p>L'esercizio dei premessi diritti può essere esercitato mediante comunicazione scritta da inviare all'Autorità Garante con sede in Piazza di Monte Citorio n. 121, 00186 - Roma - e-mail: garante@gpdp.it ; pec: protocollo@pec.gpdp.it .</p> <p>Il reclamo è lo strumento che consente all'interessato di rivolgersi al Garante per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 77 del GDPR e di richiedere una verifica all'Autorità.</p> <p>Il reclamo può essere proposto dall'Interessato all'Autorità di Controllo del luogo dove risiede, oppure nel luogo in cui lavora o in quello nel quale la presunta violazione si è verificata.</p> <p>L'Interessato ha diritto altresì di proporre un ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale ordinario qualora ritenga che i diritti di cui gode siano stati violati a seguito di un trattamento.</p>
I. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO	I dati personali non verranno trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.
J. DPO (Data Protection Officer)	Il Titolare del Trattamento ha nominato il Data Protection Officer, in conformità agli artt. 37 e ss. del GDPR e indica i seguenti recapiti:

	<p><u>e.mail: dpostudio2csnc@gmail.com</u> <u>pec: rsppitaliabo@pec.it</u> <u>cel: 3392736768</u></p>
--	--

La presente informativa sulla privacy potrebbe richiedere un aggiornamento di volta in volta, ad es. a causa dell'implementazione di nuove tecnologie o per il trattamento dei dati per finalità ulteriori rispetto a quelle indicate. Il Titolare si riserva pertanto il diritto di modificare o integrare questa informativa privacy in qualsiasi momento. In tal caso, sarà onere del Titolare pubblicare le modifiche e informare l'Interessato (ad es. mediante comunicazione via e-mail).

PRESA D'ATTO DELL'INFORMATIVA

Il / La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa residente/con domicilio fiscale
in Via/Piazza..... n.....

DICHIARA

Di aver preso integrale conoscenza del contenuto della sopraesesa informativa, resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Ue n. 2016/679 del 27 aprile 2016 (di seguito anche "GDPR") relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, di averne ricevuto una copia e di averne ben compreso ogni sua parte, essendo stato informato:

- dell'identità del Titolare del trattamento dei dati e del DPO;
- della misura e modalità con le quali il trattamento avviene;
- delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali;
- dei diritti dell'interessato.

Così come indicato dalle lettere a, b, c, d, e, f, g, h, i, l dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 con la sottoscrizione del presente modulo.

Modena (MO),

firma.....