

Marca da bollo € 16,00

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

Informativa ai sensi dell'art.13 D. Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D. Lgs.196/2003. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D. Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Udine.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di UDINE

Il sottoscritto/a Dott/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'albo degli ODONTOIATRI di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

di essere nato a _____ prov. _____ il _____

residente in _____ prov. _____ cap _____

in via _____

codice fiscale _____ cittadino _____

Tel. _____ Cell: _____

E-mail _____ PEC _____

di stabilire il domicilio professionale in _____ Pv _____ cap _____

Via _____

di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale il _____

presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella _____ sessione, dell'anno _____

presso l'Università degli Studi di _____

- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'albo degli Odontoiatri (corso di formazione D. Lgs. 386/98)

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____
 - di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella _____ sessione dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____
 - di essere specialista in _____ (iscrizione avvenuta prima del 31/12/1994)
 - di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980;
1. Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
 2. Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
 3. Di non aver riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
 4. Di non aver riportato condanne penali; (produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. Includere le sentenze di patteggiamento)
 5. Di godere dei diritti civili;
 6. Di non essere interdetto inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Il sottoscritto dichiara:

- Di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei Medici Chirurghi/Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo provinciale
- Di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Data _____

(*)FIRMA _____

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di UDINE

Il sottoscrittoincaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il
 Dott./ssa _____ identificato a mezzo di
 _____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
 che riceve l'istanza