

Bollo €. 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO**

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine.

**Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,
DICHARA**

di essere nato/a a prov. il

codice fiscale

(* di essere residente a prov.

in via Tel.

cell. Email.....

posta elettronica certificata (PEC).....

* di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di prov.

* di esercitare nel Comune di prov.

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria il

presso l'Università degli Studi di con voto

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione

con voto..... presso l'Università degli Studi di

di essere iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di

di aver ottenuta la prima iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della provincia

di.....il

- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione modifica o perdita di diritti

Data

firma (°)

(* Riportare la voce che interessa

(°) Allegare fotocopia di un documento di identità.

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Livorno, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa _____
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

_____ li _____

Firma _____

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi

Del DPR 445/2000 che il Dott.

identificato a mezzo di

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....