

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,
DICHIARA

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

.....