

|                              |
|------------------------------|
| MARCA<br>DA BOLLO<br>€ 16,00 |
|------------------------------|

ALL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
 CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI  
 VENEZIA

### DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Il /la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

#### CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO

**DEI MEDICI CHIRURGHI**

**DEGLI ODONTOIATRI**

di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine di \_\_\_\_\_

Sotto la propria responsabilità, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere ai sensi dell'art. 75 DPR 445/2000

#### DICHIARA

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ codice ENPAM \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

Nr. Telefono \_\_\_\_\_ Nr. cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di essere domiciliato (*da compilare solo se diverso dall'indirizzo di residenza*)

a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di esercitare nel comune di \_\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA il \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma di laurea in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_

con voto \_\_\_\_\_

di aver superato l'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE (*da NON compilare in caso di laurea abilitante*) in data \_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_ Sessione dell'anno \_\_\_\_\_

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 essere sottoposto a procedimenti penali
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale
- di godere dei diritti civili
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam
- di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti
- di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile \_\_\_\_\_

**Allegare alla presente dichiarazione:**

**A. Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del Codice Fiscale**

**B. nr. 1 foto formato tessera per il rilascio del tesserino**

---

**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 Venezia, 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 pubblicata nell'apposita sezione del sito istituzionale dell'Ordine

**(link al PDF dell'informativa estesa)**

---

**SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA**

Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./D.ssa ..... identificato a mezzo ..... N. .... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato

---