



# DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

## All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Prato

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

### CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi di PRATO

### DICHIARA

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.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 (art.75 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

di essere nato/a a ..... (.....) il .....

di essere di cittadinanza .....

di essere residente nel Comune di ..... CAP .....

in Via .....n°....., telefono .....Cell.....

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

Codice Fiscale.....

di avere il domicilio (se diverso dalla residenza) nel Comune di ..... Prov.....

in Via..... n°..... Cap.....

di aver conseguito la **Laurea in Medicina e Chirurgia** presso

l'Università di ..... in data .....

con voto..... anno immatricolazione .....

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico - Chirurgo presso l'Università degli studi di ..... nella sessione ..... con voto .....

di aver acquisito il giudizio di idoneità di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca 9 Maggio 2018 n.58.

di aver conseguito la valutazione prescritta dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, Università e Ricerca n.445 del 2001.

di aver conseguito il Diploma di laurea magistrale in Medicina e Chirurgia con valore abilitante.

(\*) di essere in possesso del Decreto del Ministero della Salute che attesta il riconoscimento del titolo ( da presentarsi in originale);

(\*) solo per coloro che hanno conseguito il titolo all'estero

## DICHIARA INOLTRE

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** avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

di avere riportato condanne penali; (nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inserire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art.444 c.p.p. (patteggiamento)

.....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

di **NON** essere stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale o in uno degli Stati membri della Comunità Europea (diversamente indicare dove.....);

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

di **NON** essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di **NON** avere presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie 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 di diritti;

di impegnarsi a depositare, non appena conseguiti, ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4 del D.P.R. 5 aprile 1950, n.221, eventuali titoli di specializzazione;

se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici e agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del GDPR 679/16.

**DA COMPILARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA**

Data..... Firma .....

---

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 (di seguito GDPR), l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Prato, in qualità di Titolare del trattamento, La informa che tratterà i suoi dati personali in formato elettronico e cartaceo secondo i principi di liceità, correttezza e trasparenza per adempiere a tutti gli obblighi previsti dalla normativa nazionale ed europea.

Il conferimento dei Suoi dati è **obbligatorio** in quanto una mancata autorizzazione renderebbe impossibile l'esecuzione del servizio o il perfezionamento del contratto e/o l'elaborazione di una sua richiesta.

I Suoi dati, inoltre, potranno essere comunicati a soggetti cui l'accesso ai dati sia riconosciuto da disposizioni di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, a responsabili esterni e/o a soggetti regolarmente autorizzati e formati sul Trattamento dei dati personali.

Lei ha il diritto di chiedere al Titolare del trattamento l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del GDPR) e, ricorrendone i presupposti, ha, altresì, il diritto di proporre reclamo al Garante quale autorità di controllo secondo le procedure previste.

Maggiori e più puntuali informazioni circa il trattamento dei Suoi dati potranno essere forniti contattando il Titolare del trattamento all'indirizzo e-mail [segreteria@omceopo.org](mailto:segreteria@omceopo.org)

Con la sottoscrizione della presente, dichiaro di aver preso visione dell'Informativa Privacy presente sul sito dell'Ordine al seguente [link](#)

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**N.B. – Allegare fotocopia Documento di identità in corso di validità**

-----  
[ ] Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza della

Sig.ra \_\_\_\_\_

Data ..... (Firma dell'impiegato che riceve l'istanza)