



DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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 degli Odontoiatri 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 Vian°....., telefonoCell.....

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 Odontoiatria e Protesi Dentaria** presso

l'Università di in data

con voto..... anno immatricolazione

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra presso

l'Università degli studi di nella sessione

..... con voto

(*) 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**

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)