

Al Sig. Presidente
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Monza e della Brianza

...I... sottoscritt.....
Già iscritto all'Albo
con prima iscrizione all'Ordine di dal al
ultima iscrizione all'Ordine di dal
e cancellato il per

CHIEDE

l'iscrizione all' ☐ Albo dei Medici Chirurghi ☐ Albo degli Odontoiatri

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',

DICHIARA:

ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della L. 127/97, sotto la sua personale responsabilità

1. di essere nato a (Prov.)..... il.....
2. di essere cittadino
- in possesso di permesso di soggiorno rilasciato percon scadenza
- (se cittadino extra UE)
3. Codice Fiscale
4. di essere residente a (Prov.).....
- in via C.A.P.
- telefono..... cellulare
- e-mail
- pec(se non si è in possesso di PEC barrare la casella sottostante)

☐ Mi impegno ad attivare la PEC con convenzione OMCeO a seguito della iscrizione

5. di avere domicilio (se diverso dalla residenza) a
(Prov.).....in via C.A.P.
6. voler ricevere la corrispondenza presso ☐ Residenza ☐ Domicilio
7. di aver conseguito la Laurea in presso l'Università
di il
anno immatricolazione con votazione
8. di essere in possesso di LAUREA ABILITANTE a seguito tirocinio presso l'Università di
.....

OVVERO

aver superato l'Esame di Stato in presso l'Università di con votazione
Anno accademico sessione

NB: DA COMPILARE IN CASO DI LAUREA e/o ABILITAZIONE CONSEGUITA ALL'ESTERO:

9. di essere Abilitato all'esercizio della professione di [] Medico Chirurgo [] Odontoiatra in Italia con Decreto Ministeriale n. del (indicare la data riportata sul decreto)

OVVERO

(SOLO per i laureati in medicina senza Esame di Stato in Odontoiatria che si reiscrivono all'Albo Odontoiatri)

10. di essere in possesso del seguente requisito per l'esercizio della professione Odontoiatria:

a. Laurea in Medicina e Chirurgia con **immatricolazione al corso di Laurea entro il 28/01/1980**

(anno di immatricolazione al corso di laurea)

b. Laurea in Medicina e Chirurgia con **immatricolazione al corso di Laurea tra gli anni accademici 1980-1981 e 1984-1985 (entro il 31/12/1984) con superamento della prova attitudinale** (anno di immatricolazione al corso di laurea)

c. Laurea in Medicina e Chirurgia **con immatricolazione al corso di Laurea dopo il 28/01/1980 ed entro il 31/12/1984 ed in possesso di una specializzazione in campo Odontoiatrico** (anno di immatricolazione corso di laurea

specializzazione in conseguita il con votazione presso l'Università di)

d. Laurea in Medicina e Chirurgia con **immatricolazione al corso di Laurea dopo il 31/12/1984 ed in possesso di una specializzazione in campo Odontoiatrico con immatricolazione entro il 31/12/1994** (anno di immatricolazione corso di Laurea

specializzazione in conseguita il presso l'Università di anno di immatricolazione Specializzazione in campo odontoiatrico)

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** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale **OVVERO** [] 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 inerire 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 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 in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

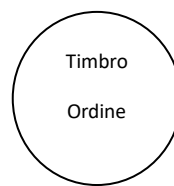
☐ di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

☐ di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail personali) verranno inseriti nel sito internet dell'Ente nonché in quello della FNOMCeO.

Data

Firma



Si dichiara autentica la fotografia del... Dott.....

Nat.. a (Prov.) il.....

Identificat... con
(Tipo documento) (n.)

rilasciato il da

Data

Timbro e Firma dell'impiegato

.....

Allega alla domanda:

- Fotocopia del codice fiscale / tessera sanitaria
- Fotocopia del documento d'identità valido
- 1 fotografia formato tessera che verrà autenticata presso i nostri Uffici
- **(per i cittadini extra UE)** Permesso di soggiorno **in originale** e una fotocopia
- Ricevuta di pagamento avviso PagoPA **da effettuare al link qui riportato** seguendo le istruzioni:
https://cittadino.pluginpay.it/ODMCO_/services-without-registration/spontaneous-payment
 - causale: Cognome e Nome – reiscrizione
 - dati di pagamento: NON inserire nulla andare allo step successivo
 - tipologia della tariffa: IA – Prima iscrizione albo
 - sotto tariffa: IA1 – QUOTA INTERA € 229,00 (di cui € 183,00 taxa annuale, € 30,00 diritti di segreteria e € 16,00 marca da bollo virtuale)
Se ha meno di trent'anni:
IA2 – QUOTA RIDOTTA € 176,00 (di cui € 130,00 taxa annuale, € 30,00 diritti di segreteria e € 16,00 marca da bollo virtuale)
 - dati contribuente: Inserire i propri dati
- Ricevuta di pagamento della TASSA di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale 8003 intestato Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara Tasse concessioni Governative Codice tariffa: 8617.
- **(per i laureati all'estero)** Decreto Ministeriale che attesta il riconoscimento del titolo di Medico/Odontoiatra rilasciato dal Ministero della Salute italiano, in originale.

N.B. Il Sanitario dovrà sostenere presso l'Ordine una prova che attesti la conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia.
- **(per i cittadini non residenti in Italia)** Certificato di assenza procedimenti disciplinari pendenti o pregressi rilasciato dalla competente Autorità del Paese di provenienza, prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato, in originale
- **(per i cittadini non residenti in Italia)** Certificato del Casellario Giudiziale oppure un documento equipollente rilasciato dalla competente Autorità dello Stato di origine o di provenienza prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato
- **(solo se iscritto in soprannumero ad Università italiana)** Attestazione da parte del Governo di provenienza all'assenso all'esercizio dell'attività lavorativa in Italia

Altri atti consegnati:

Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Monza e della Brianza, con sede in via G.B. Mauri n. 9 – Monza (cap 20900), in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, (Regolamento Generale Protezione dati "RGPD" o "Regolamento"), come di volta in volta modificato o sostituito, fornisce le seguenti informazioni:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento

Titolare del trattamento è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Monza e della Brianza con sede in via G.B. Mauri 9 a Monza. Il Titolare può essere contattato mediante PEC all'indirizzo omceomb@pec.omceomb.it e mediante e-mail all'indirizzo segreteria@omceomb.it.

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati

L'Ordine ha nominato "Responsabile Protezione Dati - RPD" (c.d. "Data Protection Officer" o DPO) il dott. Gianguido Villani, che può essere contattato all'indirizzo g.villani@omceomb.it. I dati di contatto del RPD sono altresì pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ordine (area trasparenza).

Finalità del trattamento, dati trattati e obbligo/facoltà di conferire i dati

A) L'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine principalmente dalle seguenti norme: D.lgs. C.P.S. n. 233/1946, D.P.R. n. 221/1950, L. n. 409/1985, L. n. 471/1988, L. n. 3/2018, D. M. della Salute 15.03.2018, Reg. elettorale FNOMCeO.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere **obbligatorio** in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità.

L'Ordine acquisisce **obbligatoriamente** i seguenti dati:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. codice fiscale;
4. numero di iscrizione albo;
5. estremi del documento identificativo;
6. estremi diploma di laurea e di abilitazione;
7. indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC);
8. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
9. godimento dei diritti civili.

L'acquisizione dei dati è finalizzata agli adempimenti previsti in capo agli Ordini Professionali da apposite disposizioni normative.

B) Finalità NON strettamente connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine per le quali Le verrà di volta in volta richiesto uno specifico consenso.

Base giuridica del trattamento

Per le finalità di cui alla lettera A) le basi giuridiche del trattamento che ne determinano la liceità sono l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il titolare (art. 6 comma 1 lett. c) del RGPD) e l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare (art. 6 comma 1 lett. e) del RGPD).

Per le finalità di cui alla lettera B) la base giuridica del trattamento che ne determina la liceità è il consenso dell'interessato (art. 6 comma 1 lett. a) del RGPD).

Destinatari/categorie destinatari dei dati personali

I dati personali non oggetto di pubblicazione nell'Albo o resi facoltativamente dall'iscritto potranno essere comunicati a soggetti determinati quali: Consiglio Direttivo e Organi di controllo dell'Ordine, nostro personale e/o collaboratori, soggetti (ad esempio: organi amministrativi e di controllo, giudiziari ecc.) che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

Periodo di conservazione dei dati personali

I Dati Personali saranno trattati dal Titolare del Trattamento limitatamente a quanto necessario per il perseguimento della finalità della presente Informativa. In particolare, i Dati Personali saranno trattati in conformità alle norme sulla conservazione della documentazione amministrativa, fatto salvo un ulteriore periodo di conservazione che potrà essere previsto da norme di legge.

I dati trattati per finalità di cui alla lettera B) saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati.

Diritti dell'interessato

L'interessato può esercitare i propri diritti utilizzando l'apposita modulistica resa disponibile sul sito web e in formato cartaceo presso gli Uffici dell'ente. In particolare, ove tecnicamente fattibile, ha il diritto di esercitare:

- a. diritto di revoca del consenso;
- b. diritto di accesso;
- c. diritto di rettifica;
- d. diritto di cancellazione (diritto all'oblio);
- e. diritto di limitazione del trattamento;
- f. diritto alla portabilità dei dati.

Reclami

Il reclamo è lo strumento che consente all'interessato di rivolgersi al Garante per la Protezione dei Dati Personali per lamentare eventuali violazioni (art. 77 del Regolamento UE 2016/679) e di richiedere una verifica dell'Autorità.

Processi decisionali automatizzati

Si dà atto che nelle procedure dell'Ordine non vi è alcun processo decisionale basato unicamente sul trattamento automatizzato, ivi compresa la profilazione, che produca effetti giuridici sull'interessato.

Per il trattamento dei dati non sarà utilizzato alcun processo che richiede il supporto dell'intelligenza artificiale.

Modifiche e aggiornamenti alla presente informativa

L'Ordine avrà cura di modificare o semplicemente aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa sul trattamento dei dati anche in considerazione della modifica delle norme di legge o di regolamento che regolano questa materia e proteggono i diritti degli interessati. Le modifiche e gli aggiornamenti saranno portati a conoscenza degli iscritti con mezzi idonei.

Presa d'atto dell'informativa e dichiarazione di consenso

Il sottoscritto

_____ (nome, cognome)

_____ (codice fiscale)

- (obbligatorio) confermo con la mia sottoscrizione di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa e presto il mio consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a categorie particolari (es. stato di salute) o relativi a condanne penali e reati, per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ il _____

Firma _____

- (facoltativo) presto il mio consenso all'utilizzo della email, numero di telefono cellulare e di fax ed all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine autorizzando il connesso trattamento dei dati indicati per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ il _____

Firma _____