

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PIACENZA

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

### CHIEDE

**L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.**

### DICHIARA

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

residente in (Comune) \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino/a \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_

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

di aver superato l'Esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_

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

di aver conseguito il Diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_

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

di stabilire il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata) \_\_\_\_\_

**Barrare la casella interessata:**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali;

(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

**Contrassegnare la voce interessata: TIPO DI ISCRIZIONE**

**PRIMA ISCRIZIONE:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17.3.20
- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.
- 

**ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di essere iscritto all'Albo dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_
- di esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_ c/o \_\_\_\_\_

**REISCRIZIONE:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di essere stato iscritto all'Albo dei Medici della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale

**ISCRIZIONE CITTADINI UE:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale
- di possedere il certificato di good standing dell'Ordine di provenienza integralmente tradotto, che allega
- di possedere il certificato penale dello Stato di provenienza integralmente tradotto, che allega

**ISCRIZIONE CITTADINI EXTRA UE:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale
- di essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di possedere il Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentare in originale
- di possedere il certificato di good standing dell'Ordine di provenienza integralmente tradotto, che allega
- di possedere il certificato penale dello Stato di provenienza integralmente tradotto, che allega

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DATA \_\_\_\_\_

(\*) FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.

**INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO  
679/2016**

*La presente informativa viene resa in adempimento del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Regolamento europeo 2016/679) come adeguata all'ordinamento giuridico italiano dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.*

*Il Titolare del trattamento, ovvero l'ente che assume le decisioni in merito alle modalità e alle finalità del trattamento, è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Piacenza, con sede in Piacenza, Via San Marco n. 27, CAP 29121, tel. 0523 323848, indirizzo mail [info@ordinemedici.piacenza.it](mailto:info@ordinemedici.piacenza.it), PEC [segreteria.pc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pc@pec.omceo.it)*

*Il Responsabile per la protezione dati (RPD) è contattabile ai recapiti del Titolare e via mail al seguente indirizzo: [dpo@ordinemedici.piacenza.it](mailto:dpo@ordinemedici.piacenza.it)*

*I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo vengono trattati per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (D.Lgs. CPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di ottemperare all'istanza presentata.*

*I dati da Lei forniti possono essere comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Regolamento europeo privacy 2016/679 come adeguato alla normativa italiana dal d.lgs. 101/2018. Essi verranno trattati sia utilizzando mezzi informatici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei e saranno conservati per la durata prevista dalle vigenti normative.*

*Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art.15 del Regolamento europeo (Diritti di accesso dell'interessato), rivolgendosi al Titolare come sopra individuato.*

*La informiamo inoltre che Lei ha diritto di proporre un reclamo all'Autorità di controllo ovvero l'autorità per la protezione dei dati personali nazionale o di qualunque altro paese dell'Unione Europea.*

FIRMA \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di **PIACENZA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai  
sensi del DPR n. 445/2000 che il Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha  
sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI PRIMA  
ISCRIZIONE  
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

- 1) Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale
- 2) 1 foto tessera in formato jpg
- 3) Fotocopia di valido documento di identità personale
- 4) Attestazione del pagamento di € 168,00 di Tassa sulle Concessioni Governative da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003, da richiedere in posta perché già pre-intestato, **con codice di versamento n.8617**
- 5) N.1 Marca da bollo da € 2,00
- 6) Per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso disoggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine
- 7) Certificato, in originale, di avvenuta vaccinazione contro Covid-19

**DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE ALLA DOMANDA  
D'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI PER  
TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

- 1) Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale
- 2) 1 foto tessera in formato jpg
- 3) Fotocopia di valido documento di identità personale
- 4) Certificato, in originale, di avvenuta vaccinazione contro Covid-19

I diritti di segreteria di prima iscrizione all'Albo sono di € 5,00

La quota di prima iscrizione all'Albo è pari a € 170,00

La quota e i diritti di segreteria di prima iscrizione (per un totale di € 175,00) dovranno essere versati ad iscrizione avvenuta a mezzo bollettino PagoPa che verrà inviato alla residenza

I diritti di segreteria per trasferimento da altro Ordine provinciale sono di € 30,00, da versare con le modalità sopra citate.

Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà al sanitario la quota versata.

Per gli anni successivi il tributo annuale verrà esatto esclusivamente a mezzo PagoPa (con postalizzazione del bollettino alla residenza).

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AL NUMERO: 0523 323848 – FAX 0523 324979 e-mail: [info@ordinemedici.piacenza.it](mailto:info@ordinemedici.piacenza.it)