

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTO CERTIFICAZIONE**

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI SIRACUSA**

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

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 risultano veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

DICHIARA

1. di essere nato/a a prov. il
2. codice fiscale
3. di essere di cittadinanza
4. di essere residente a Via prov.....
5. Tel. cell.....
6. e-mail/PEC.....
7. di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso l'Università di
..... in data con voti
8. di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università di
..... nella sessione con voti
9. di non avere riportato condanne penali
10. di godere dei diritti civili

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato, a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale 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 comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003. I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 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 ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003.

Il sottoscritto dichiara inoltre, di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003 e successive modifiche. Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente d.lgs. 196/03.

Firma

Luogo e data _____

Si allegano alla presente:

- a) fotocopia della tessera del codice fiscale e copia documento di identità;
- b) due fotografie formato tessera da allegare alla domanda;
- c) ricevuta attestante l'avvenuto pagamento della tassa di concessione Governativa (CC.GG.) di € 168,00 sul c/c postale n. 8904, intestato a: AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO DI ROMA 2 TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE -SICILIA
- d) Versamento di € 140.00 quale Tassa Annuale di iscrizione all' Albo a mezzo di bollettino PAGOPA. Per richiedere il bollettino con codice IUV da pagare, inviare una richiesta via mail a info@ordinedeimediscr.it. secondo il modello allegato.