

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

**AL SIG. PRESIDENTE  
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI  
TARANTO**

Il/la sottoscritto/a .....

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI **ODONTOIATRI** di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine di .....

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a ..... prov. ...., il .....
- codice fiscale .....
- di essere residente a ..... prov. ...., c.a.p. ....
- in via ....., di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ....., prov.....
- Via....., Tel. ...., Cell. ....
- e-mail....., pec .....
- di essere cittadino/a .....
- di avere conseguito il diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria il ..... presso l'Università degli Studi di ..... con voto .....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione .....presso l'Università degli Studi di ..... con voto .....
- di aver conseguito la specializzazione in.....in data.....presso l'Università degli Studi di ..... con voto .....
- di non aver / aver (\*) riportato condanne penali e di non essere / 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 / essere (\*) a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver / aver (\*) riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di ..... dal ..... e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

(\*) in caso di condanne e/o procedimenti penali in corso, allegare dichiarazione alla presente domanda.

- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di essere in regola con il pagamento del tributo cod. 539 (E. N. P. A. M.) e della tassa di iscrizione all'Ordine dei Medici;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente all'Ordine i propri cambi di residenza o domicilio professionale, essendo consapevole delle ripercussioni negative in caso di negligenza nell'adempimento di tale obbligo;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo da parte di altro Ordine;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Allega altresì alla presente domanda:

1. ricevuta d'avvenuto versamento di € 50,00 a mezzo PagoPA (l'avviso PagoPA deve essere richiesto agli uffici dell'Ordine);
2. fotocopia del Codice fiscale;
3. informativa privacy ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016.

Alla consegna dell'istanza è necessario presentare:

- documento di riconoscimento dell'interessato;
- documento di riconoscimento dell'eventuale delegato con relativa delega debitamente compilata e firmata dal sottoscrittore.

FIRMA

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

***ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TARANTO***

Il sottoscritto ..... incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza:

è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato a mezzo di .....;

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento di identità valido del sottoscrittore, dal Sig. .... identificato a mezzo di .....

è pervenuta a mezzo posta / pec corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore.

Taranto, lì

Timbro e firma dell'incaricato

.....

## Informazioni ai sensi del Regolamento Europeo 679/2016 articoli 13 e 14 e successive norme nazionali di adeguamento

Con le presenti informazioni intendiamo fornirLe indicazioni in merito al trattamento dei dati personali che verranno da Lei forniti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Taranto per le finalità di seguito indicate.

### 1. Identità e dati di contatto del Titolare del Trattamento

Titolare dei tuoi dati personali è l'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Taranto** con sede legale in Via F. Crispi n.107 – 74123 Taranto c.f./p.i. 80005790730, Telefono +39 099 4521965 email [omceo.ta@virgilio.it](mailto:omceo.ta@virgilio.it), PEC [segreteria.ta@postecert.it](mailto:segreteria.ta@postecert.it) nella persona del Presidente *pro tempore*.

### 2. Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati (c.d. "RPD-DPO")

La informiamo che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Taranto ha nominato un Responsabile della Protezione dei Dati, nella persona del Sig. Cosimo Pavese reperibile al medesimo indirizzo postale del Titolare e all'indirizzo e-mail: [dpo.pavese@gmail.com](mailto:dpo.pavese@gmail.com)

### 3. Categorie di dati personali trattati

Nei limiti delle finalità e delle modalità descritte nelle presenti informazioni, potranno essere trattati dati che possono essere considerati come "Dati personali semplici", nei quali rientrano le Sue generalità, l'anagrafica completa inclusi eventuali numeri di identificazione personale, i Suoi recapiti (quali numero di cellulare, indirizzo e-mail, etc.). Come "Dati particolari" in quanto caratterizzati, ai sensi della Normativa Applicabile da una particolare natura, tratteremo tra gli altri dati giudiziari e dati relativi allo stato di salute. Per comodità di riferimento, all'interno della presente Informativa, l'espressione "Dati Personali" dovrà essere intesa come riferimento a tutti i Suoi dati personali, salvo diversamente specificati.

### 4. Finalità e base giuridica del trattamento

I dati personali da Lei forniti saranno trattati esclusivamente con modalità e procedure necessarie per l'iscrizione all'Ordine delle professioni sanitarie e per la disciplina dell'esercizio delle professioni stesse, come previsto dal D.Lgs.C.P.S. 13 Settembre 1946 n.233 e D.P.R. 5 Aprile 1950 n. 221, nonché per l'invio di comunicazioni istituzionali anche tramite newsletter, di materiale pubblicitario e informativo.

Le basi giuridiche delle finalità precedentemente descritte sono l'esecuzione di una richiesta da parte dell'interessato e il suo consenso espresso.

### 5. Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali avverrà sia in formato cartaceo mediante strumenti manuali, sia con strumenti informatici e telematici, idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e verrà eseguito da personale formalmente autorizzato e debitamente istruito al rispetto della Normativa Applicabile.

### 6. Ambito di comunicazione dei Dati Personali - Diffusione

I dati personali non saranno diffusi, ma potranno essere comunicati ove necessario ad altre società fornitrici di servizi esterni per attività strettamente connesse e strumentali all'operatività dell'Ordine, come la gestione del sistema informativo ed erogazione di servizi web; a strutture sanitarie pubbliche e private; a società di assicurazioni, enti pubblici e privati; Professionisti ai fini della consulenza fiscale e legale, nominati tutti, se necessario, Responsabili Esterni del Trattamento da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Taranto. I tuoi dati personali saranno trattati all'interno del territorio della UE.

### 7. Periodo di conservazione dei dati (criteri di determinazione)

Per tutta la durata dell'iscrizione e successivamente per un periodo non limitato, comunque almeno conforme a quanto previsto dagli obblighi di legge, ferma la possibilità per l'interessato di modificare e/o revocare la propria volontà in qualsiasi momento.

### 8. Diritti che Le sono riconosciuti

I diritti da Lei esercitabili in relazione al trattamento dei Suoi dati personali sono quelli previsti dall'articolo 15 al 22 del R. E. n.679/2016, ed in particolare, a mero titolo esemplificativo, il diritto di accedere ai propri dati personali, di rettifica, di cancellazione, per quei dati per i quali Lei ha revocato il consenso al trattamento o ha esercitato il diritto di opposizione, il diritto di ottenere dal Titolare la limitazione del trattamento con riferimento a dati personali di cui sia contestata l'esattezza, il diritto di opporsi al trattamento da parte del Titolare di dati personali, malgrado il trattamento sia fondato sulla base giuridica del legittimo interesse del Titolare, il diritto alla portabilità dei dati.

I diritti di cui sopra potranno essere esercitati inviando una richiesta scritta o via e-mail al Responsabile Protezione Dati, utilizzando i contatti forniti al punto 2 della presente informativa; riceverà risposta nei tempi previsti dal R. E. n.679/2016.

*Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, acquisite le informazioni fornite dal Titolare e dal Responsabile Protezione Dati con la presente informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli art. 13 e 14 del R.E. n.679/2016, per l'iscrizione all'Ordine e per l'invio di comunicazioni istituzionali anche tramite newsletter, di materiale pubblicitario e informativo:*

Presto il consenso

Nego il consenso

Taranto, \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_