

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI DI BIELLA

Bollo
Euro 16,00

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI

Di codesto Ordine, Ai Sensi e per gli effetti del Testo Unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa (approvato con D.P.R. 445/2000), il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Di essere nato/a aprov.....il.....;

Codice fiscale.....Cod. ENPAM.....;

Di essere residente a.....CAP.....prov.....;

In via.....tel.....;

e-mail.....di esercitare nel comune di.....prov.....;

Di avere conseguito il diploma di laurea in (barrare laurea conseguita):

Medicina e Chirurgia **Odontoiatria** **Doppio iscritto**

il.....presso L'Università degli Studi di.....

Votazione.....; di aver superato l'esame di abilitazione professionale in data

del.....presso l'università degli Studi di.....;

Di aver conseguito la specialità in presso l'università degli

Studi di.....in data.....

Di essere iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri

di.....nell'Albo (**completare dati dell'albo**

di appartenenza, in caso di doppia iscrizione completare i dati di entrambi gli albi):

Medici Chirurghi dal.....Odontoiatri dal.....

Iscrizioni precedenti.....

Di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e l'ENPAM;

Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che guardano 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;

Di godere di diritti civili;

Di non aver procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza:

Il Sottoscritto, inoltre dichiara:

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

Di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento di cui sono destinati i dati personali in osservanza del Regolamento Europeo n. 679/16.

Sottoscritto,/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'Articolo 76 del D.P.R. n. 445 del 2000, in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguiti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere (art 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

DATA.....FIRMA.....

Allegare:

- 1- Fotocopia carta di Identità in corso di validità
- 2- Fotocopia codice fiscale/tessera sanitaria.
- 3- Fotocopia certificato di specialità se non depositata presso l'altro Ordine.
- 4- N. 1 fotografia formato tessera.

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Biella, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei Suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al Suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque Sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati", c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il sottoscritto dr./ressa _____,
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne visionato e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Il Titolare del Trattamento dei dati è il Consiglio Direttivo di:

L'Ordine Dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Biella
Via dei Ponderanesi, 2
13875 Ponderano BI
c/o Ospedale di Biella.

Nella figura del Presidente, Dr. Franco Ferrero

**Per presa visione ed accettazione del Medico.
Informativa integrale sulla Privacy ai sensi dell'Art. 13 del GDPR 679/2016 per il trattamento dei dati personali, disponibile su sito internet www.ordinemedicibiella.it**

DATA.....FIRMA.....