

Il/la sottoscritto/a

Nome

Cognome

Codice Fiscale

CHIEDE LA REISCRIZIONE ALL'ALBO:

dei Medici Chirurghi

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 responsabilità,

DICHIARA

di essere nato/a prov. Il

di essere residente a prov. Cap

indirizzo

e-mail Telefono

PEC Cellulare

di essere in possesso del diploma di laurea in

conseguito presso l'Università

il con votazione

Anno di immatricolazione:

di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione

presso l'Università

con votazione in data nella Sessione

di essere in possesso di laurea abilitante

di eleggere il proprio domicilio professionale (facoltativo)

nel Comune di Prov Cap

indirizzo

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;

di **AVERE** riportato condanne penali;

[nel caso di condanne penali indicare le stesse, 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 riguarda 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 essere stato iscritto all'Ordine dei Medici di

dal giorno al giorno con numero di iscrizione

di esser stato cancellato per il seguente motivo

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri per morosità o irreperibilità

di **NON** essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale o di un Paese UE

Il/la sottoscritto/a si impegna a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.

Data

FIRMA _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO

(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – D.M. 10 novembre 2011)

Il/la sottoscritta

Codice fiscale

nato/a il prov.

residente in Cap prov.

indirizzo

avvalendosi della facoltà prevista dall'articolo 3 del Decreto Ministeriale 10.11.2011 e consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dall'articolo 483 del Codice penale nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi

DICHIARA

che la marca da bollo n°

apposta nello spazio sottostante sull'originale della presente dichiarazione è stata annullata¹

Apporre qui la marca da bollo
da 16,00 euro

L'originale della presente dichiarazione è custodito dal sottoscritto con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge presso il seguente indirizzo:

indirizzo

Cap prov.

Data Firma _____

- *L'annullamento del contrassegno, applicato nell'apposito spazio, dovrà avvenire tramite apposizione della data di presentazione della dichiarazione. (1)*
- *La presente dichiarazione deve essere inviata in modalità telematica.*

INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART 13 REG. UE 679/2016

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia, con sede in Via Lamarmora 167, C.F.: 80013390176, PEC: info@omceobs.legalmailpa.it, Titolare del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 4, punto 7) del Reg. UE 679/2016, in persona del proprio Presidente, legale rappresentante *pro tempore* dell'Ente, in ottemperanza a quanto disposto dall'art 13 del predetto Regolamento la informa che:

- a) i suoi dati personali saranno raccolti e trattati per lo svolgimento delle attività istituzionali del sopraddetto Ordine secondo quanto disposto dal D.lgs. C.P.S. 233/1946, dal D.P.R. 221/1950, dalla L. 3/2018 e s.m.i. che costituiscono al contempo base giuridica del trattamento in questione e condizione di liceità dello stesso ai sensi dell'art. 6, paragrafo 1, lett. e) del Reg. UE 679/2016: la mancata o parziale comunicazione dei predetti dati implica pertanto l'impossibilità per l'Ordine di adempiere alle proprie pubbliche funzioni, e potrebbe quindi comportare la sua non iscrizione oppure la sua cancellazione o sospensione dall'Albo, così come l'eventuale irrogazione delle sanzioni previste dall'art. 40 D.P.R. 221/1950;
- b) i suoi dati personali, nello specifico quelli di cui all'art. 3 D.P.R. 221/1950 ed alla L. 3/2018, ossia nome, cognome, data e luogo di nascita, residenza e/o domicilio professionale, ateneo e data di laurea e abilitazione, eventuali specializzazioni e docenze nonché, ai sensi dell'art. 3 D.P.R. 137/2012, eventuali sanzioni disciplinari saranno pubblicati sull'Albo Professionale; qualunque altro dato sarà invece conservato dall'Ordine con la massima riservatezza e comunicato o trasferito a terzi solamente in presenza di un obbligo di legge, oppure in ottemperanza al provvedimento di una Pubblica Amministrazione o di una Pubblica Autorità. Qualora tale comunicazione o trasferimento debba avvenire verso un'organizzazione internazionale od un paese terzo che non abbia adottato il Reg. UE 679/2016 essa avverrà solamente ove la Commissione abbia pronunciato favorevole parere di adeguatezza in merito al livello di protezione dei dati personali, così come stabilito dall'art. 45, paragrafo 3 Reg. UE 679/2016, oppure ove il trasferimento sia soggetto a garanzie adeguate come previsto dall'art. 46 Reg. UE 679/2016, salvo quanto previsto dall'art. 49 Reg. UE 679/2016;
- c) i suoi dati personali saranno conservati per un periodo di tempo illimitato: ciò in ragione dell'interesse pubblico alla loro conservazione, così come previsto, tra le altre disposizioni di legge, dall'art. 89 Reg. UE 679/2016. Tuttavia, i dati di cui alla lettera b) della presente informativa non saranno più resi pubblici da questo Ordine nel caso in cui Lei non sia più iscritto all'Albo Professionale;
- d) il trattamento dei suoi dati sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e potrà essere effettuato anche attraverso modalità automatizzate atte a memorizzarli, gestirli e trasmetterli mediante strumenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza e tramite l'utilizzo di procedure e tecnologie che evitino il rischio di perdita, accesso non autorizzato, uso illecito e diffusione non autorizzata;
- e) per ciò che concerne i suoi dati personali, nei limiti di quanto previsto dall'art. 23 paragrafo 1 Reg. UE 679/2016, lei ha diritto all'accesso, alla rettifica, alla limitazione del trattamento, all'opposizione al trattamento ed a non essere sottoposto ad una decisione, basata unicamente sul trattamento automatizzato, che produca effetti giuridici che La riguardano o che incida in modo significativo sulla Sua persona, salvo quanto previsto dall'art 22, paragrafo 2, lett. b) Reg. UE 679/2016. Qualora ritenga lesi i suoi diritti è sua facoltà proporre reclamo alla competente autorità di controllo;
- f) è sua facoltà contattare il responsabile della protezione dei dati per tutte le questioni relative al trattamento dei Suoi dati personali e all'esercizio dei connessi diritti derivanti dal Reg. UE 679/2016 al seguente recapito - PEC: daniele.lampugnani@omceobs.it;

Firma dell'interessato per presa visione:

Data

CONSENSO ALL'INVIO PERIODICO DI E-MAIL INFORMATIVE

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia, con sede in Via Lamarmora 167, C.F.: 80013390176, PEC: info@omceobs.legalmailpa.it, Titolare del Trattamento dei dati ai sensi dell'art. 4, punto 7) del Reg. UE 679/2016, in persona del proprio Presidente, legale rappresentante *pro tempore* dell'Ente, in ottemperanza a quanto disposto dall'art. 13 del predetto Regolamento la informa che:

- a) è sua facoltà esprimere il suo consenso o meno, senza che da ciò derivi alcun detrimento a suo carico, all'utilizzo da parte dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Brescia dell'e-mail personale da Lei fornita con la domanda di iscrizione all'Albo al fine di inviarle periodicamente e-mail informative;
- b) il suo indirizzo e-mail personale sarà utilizzato a fine di inviarle e-mail riguardanti iniziative e informative relative alla professione medico-chirurgica ed odontoiatrica, ivi comprese le informazioni relative ai corsi di formazione, eventi culturali, aggiornamenti relativi all'educazione continua in medicina nonché comunicazioni provenienti da altri enti;
- c) il suo indirizzo e-mail verrà trattato, ai fini sopra citati, solo dal personale dell'Ordine e non verrà ceduto né comunicato a terzi;
- d) è suo diritto revocare in ogni momento il consenso all'utilizzo del suo indirizzo e-mail per l'invio della newsletter, così come di rettificarlo, utilizzando le procedure e la modulistica presente sul sito istituzionale dell'Ordine;
- e) per ogni altro trattamento, nonché per l'esercizio dei suoi diritti e le ulteriori specifiche informazioni riguardanti il trattamento dei suoi dati da parte dell'Ordine, si rimanda all'informativa redatta ai sensi dell'Art. 13 Reg. UE 679/2016 in calce alla domanda di iscrizione da lei sottoscritta per presa visione.

Io sottoscritto/a

letto le informazioni sopra riportate

NON PRESTO il mio consenso all'invio di e-mail informative periodiche

PRESTO il mio consenso all'invio di e-mail informative periodiche

Data

Firma dell'interessato per presa visione:
