



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
della provincia di Padova**

---

35139 PADOVA - Via San Prosdocimo, 6/8 – tel 049.8718855  
e-mail: [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it) mail PEC: [info.pd@pec.omceo.it](mailto:info.pd@pec.omceo.it)

**TSMC**

**INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Padova, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine- ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la 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 è reperibile nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, è disponibile presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa \_\_\_\_\_

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia 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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(Firma olografa o digitale)

---

Marca da bollo  
Euro 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE  
ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di PADOVA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE ALL'Albo dei Medici chirurghi di questo Ordine.**

**DICHIARA:**

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

di essere residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail personale(\*) \_\_\_\_\_ tel.(\*) \_\_\_\_\_

cod. fisc. \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_  
presso l'Università di \_\_\_\_\_ con voto finale \_\_\_\_\_

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

di aver conseguito il Diploma di Laurea abilitante post Riforma il \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ con voto finale \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di Specialista in \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di stabilire il domicilio civile/ professionale in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

\* Indirizzo PEC \_\_\_\_\_

***(\*) dati facoltativi***

**Barrare le caselle interessate:**

- 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 aver riportato condanne penali i cui effetti sono già stati dichiarati estinti;
- Di godere dei diritti civili;
- Di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

**Contrassegnare la voce interessata**

**○ ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO:**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
al n. \_\_\_\_\_
- Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e dell'ENPAM

**ATTIVAZIONE CASELLA PEC IN CONVENZIONE PER GLI ISCRITTI ALL'OMCEO DI PADOVA**

**L'Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Padova offre gratuitamente ai suoi iscritti la possibilità di attivare una casella di Posta Elettronica Certificata (PEC) in convenzione con Namirial.**

**Per richiederne l'attivazione è necessario scaricare e compilare il modulo disponibile nella sezione "Attivazione Pec" del sito istituzionale dell'Ente, e inviarlo all'indirizzo email: [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it)**

\*\*\*\*

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

**DATA:** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

*(Firma olografa o digitale)*

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di **PADOVA**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n.445/2000 che il dott./dott.ssa \_\_\_\_\_ ha sottoscritto l'istanza di iscrizione in mia presenza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA  
ALL'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  
PER TRASFERIMENTO**

1) **DOMANDA-AUTOCERTIFICAZIONE** DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.

\*\*\*In caso di CONTEMPORANEA ISCRIZIONE AI DUE ALBI è necessario presentare domanda di iscrizione per trasferimento anche per l'Albo degli Odontoiatri.

- 2) 1 foto tessera (a colori e che rispetti il decoro della professione)
- 3) Copia del tesserino di codice fiscale
- 4) Copia di valido documento di identità personale;
- 5) Per i cittadini NON comunitari presentazione di valido permesso di soggiorno originale.
- 6) Una marca da bollo da € 16.00 ;
- 7) **ricevuta del pagamento** della tassa di trasferimento che ammonta a **€ 20,00** (€ 40,00 in caso di contemporanea iscrizione ai due Albi).

Il pagamento deve avvenire attraverso la **piattaforma PAGOPA**.

Per il rilascio dei codici necessari ad effettuare il pagamento inviare una e-mail agli uffici all'indirizzo [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it) indicando i propri dati personali: **cognome, nome, codice fiscale, indirizzo completo e recapito telefonico. INDICARE AGLI UFFICI SE SI TRATTA DI SINGOLA ISCRIZIONE O DI DOPPIA ISCRIZIONE.**

L'importo della tassa potrà essere versato nelle seguenti modalità:

- presso le ricevitorie utilizzando il Codice QR ;
- presso gli sportelli o tramite l'Home Banking della propria Banca (usando il codice Avviso);
- accedendo al sito <http://italriscossioni.it> – sezione Paga tramite PagoPa e pagando tramite carta di credito o conto corrente (inserendo il Codice IUUV).

**PER ALTRE INFORMAZIONI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AL NUMERO:  
0498718855 – scrivere a [info@omco.pd.it](mailto:info@omco.pd.it)**