

## INFORMATIVA BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 -13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di PADOVA, in qualità di "Titolare del Trattamento", fornisce a richiedente e a tutti i soci richiedenti l'iscrizione della società all'albo delle società tra professionisti, le dovute informazioni in ordine al trattamento dei loro dati personali richiesti nell'istanza denominata " **Domanda di iscrizione nella Sezione Speciale dell'Albo delle Società Tra Professionisti**", la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento dei conseguenti obblighi normativi e amministrativi. Per rispondere a qualunque 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 e 14 che è stata consegnata e nella apposita sezione del sito internet dell'Ordine [www.omco.pd.it](http://www.omco.pd.it) .

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott./a \_\_\_\_\_,  
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 e14 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.

Firma \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

**MARCA DA BOLLO**  
**€ 16,00**

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

Il/La sottoscritto/a dott./d.ssa

---

### **DICHIARA**

di essere nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

di essere cittadino \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

di essere **domiciliato** a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_ )

CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

- di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci;
- di essere consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. 445/200);
- SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', ai sensi degli Artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000 e della L. 127/97, di essere **LEGALE RAPPRESENTANTE** della Società tra Professionisti denominata

\_\_\_\_\_

con sede legale in via \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

sito web \_\_\_\_\_

e sede/i operativa/e in via \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

(indicare se presenti anche le sedi secondarie) iscritta al registro delle imprese di

\_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_, avente come oggetto sociale \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

con Partita IVA e/o CF \_\_\_\_\_ di cui Direttore Sanitario

(ove previsto) è il dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_

alla data \_\_\_\_\_ (data nomina Direzione Sanitaria)

- 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 (in questo caso 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 godere dei diritti civili;
- Di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- Di non essere socio di altre Società tra professionisti (requisito richiesto esclusivamente per i soci professionisti non finanziatori)

VISTO l'articolo 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 18 e ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34

### **CHIEDE**

#### **L'iscrizione della Società nella Sezione Speciale dell'Albo delle STP della provincia di PADOVA.**

Allega alla presente la seguente documentazione obbligatoria:

- 1) Fotocopia di valido documento d'identità del Legale Rappresentante;
- 2) Fotocopia Partita IVA e/o Codice Fiscale della Società;
- 3) Atto costitutivo e statuto della società in copia o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- 4) Elenco nominativo dei Soci iscritti all'Ordine dei Medici di PADOVA, dei Soci iscritti ad altri Ordini (con indicazione dell'Albo di appartenenza) e dei Soci Finanziatori;
- 5) Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi (o autocertificazione ove prevista);
- 6) Comunicazione di nomina del Direttore Sanitario (con firma per accettazione);
- 7) Certificato di iscrizione al registro delle imprese;
- 8) Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34;
- 9) marca da bollo da € 16,00;
- 9) Ricevuta di pagamento della TASSA Concessioni governative di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate -Tasse Concessioni Governative **Codice tariffa: 8617.**

10) Ricevuta di pagamento della quota annuale d'iscrizione come stabilito da delibera di Consiglio n° 173/2015 del 27/10/2015.

*"..omissis.. la quota di iscrizione annuale per le società tra professionisti in **euro 150,00= più euro 150,00=** per ogni socio non iscritto all'Ordine dei Medici di Padova ed **euro 100,00=** per i Sanitari già iscritti all'Ordine."*



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 dati della Società: elenco soci e soci finanziatori, ragione sociale, partita IVA, indirizzo completo e recapito telefonico, e-mail.

L'importo 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 IUV).

Per gli anni successivi, la riscossione della quota di iscrizione avverrà tramite avviso di pagamento inviato a mezzo posta.

11) dichiarazione di presa visione della Informativa ai sensi degli artt.li 12-13-14 Reg. UE 679/2016 di tutti i Soci persone fisiche della STP (modulo allegato)

Si impegna, altresì, a comunicare eventuali variazioni societarie e a versare la quota annuale entro i termini stabiliti dagli avvisi di pagamento inviati ogni anno secondo le modalità indicate e tempestivamente comunicate (entro 30 giorni) alla sede legale\*.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\* La quota è dovuta dalla Società che risulti iscritta alla data del 1 gennaio.

---

## INFORMATIVA BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 -13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di PADOVA, in qualità di "Titolare del Trattamento", fornisce al richiedente e a tutti i soci richiedenti l'iscrizione della società all'albo delle società tra professionisti, le dovute informazioni in ordine al trattamento dei loro dati personali richiesti nell'istanza denominata " **Domanda di iscrizione nella Sezione Speciale dell'Albo delle Società Tra Professionisti**", la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento dei conseguenti obblighi normativi e amministrativi. Per rispondere a qualunque 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 e 14 che è stata consegnata e nella apposita sezione del sito internet dell'Ordine [www.omco.pd.it](http://www.omco.pd.it).

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Socio della STP \_\_\_\_\_

presa conoscenza del contenuto dell'informativa estesa resa ai sensi dell'art. 13 e 14 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.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_