

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", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile nell'apposita sezione Modulistica" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

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

Marca da bollo
Euro 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ALL'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 essere in possesso del Diploma di Laurea abilitante 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

○ **CONTEMPORANEA ISCRIZIONE AI DUE ALBI**

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

- Di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri 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

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 _____

- *Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.*

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

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 DEGLI ODONTOIATRI
(CONTEMPORANEA ISCRIZIONE AI DUE ALBI)

- 1) **DOMANDA-AUTOCERTIFICAZIONE** DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.
- 2) 1 foto tessera
- 3) Copia di valido documento di identità personale;
- 4) Una marca da bollo da € 16.00 (per la DOMANDA di iscrizione);
- 5) **attestazione del pagamento** di € 168,00 di Tassa sulle Concessioni Governative, da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003, disponibile in Ufficio Postale, e già pre-intestato, con **codice di versamento 8617**- Tipo di versamento: RILASCIO.

- 6) **ricevuta del pagamento** della quota di iscrizione all'Albo che ammonta a € 150,00 =



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 indicando i propri dati personali: **cognome, nome, codice fiscale, indirizzo completo e recapito telefonico**.

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 IUV).

**PER ALTRE INFORMAZIONI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO AL NUMERO:
0498718855 o scrivere a info@omco.pd.it**