

All'Ordine Provinciale dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri di  
GENOVA

(Albo Medici Chirurghi

Cittadini Italiani - Comunitari con titoli Comunitari)

Num. \_\_\_\_\_ Data iscrizione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Protocollo

Marca da Bollo

€ 16,00

Il/La sottoscritto/a

---

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria personale responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_;
  - codice fiscale \_\_\_\_\_;
  - di essere residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
civico \_\_\_\_ lettera \_\_\_\_ Scala \_\_\_\_ Int. \_\_\_\_  
Cell. \_\_\_\_/\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_/\_\_\_\_  
mail \_\_\_\_\_  
PEC \_\_\_\_\_;
  - di essere domiciliato/a a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
civico \_\_\_\_ lettera \_\_\_\_ Scala \_\_\_\_ Int. \_\_\_\_;
  - di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
  - di essersi immatricolato/a al corso di laurea in Medicina e Chirurgia  
nell'anno accademico \_\_\_\_\_;
  - di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in  
data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- Laurea abilitante;

- di aver acquisito il giudizio di idoneità in merito al tirocinio pratico-valutativo post-laurea;
- di aver svolto il tirocinio all'interno del Corso di Studi e di aver conseguito la valutazione del tirocinio pratico-valutativo;
- 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 □ di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- □ di NON aver □ o di aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale (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 stato/a cancellato/a da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità, né di essere stato/a radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Ordine nazionale e di Paesi dell'U.E.
- di NON essere iscritto in altro Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di NON avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC (così come specificatamente previsto dal Codice di Deontologia Medica);

- di possedere  di NON possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute (da presentarsi in originale);
- di possedere  di NON possedere il certificato di Good Standing (che allega).

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di un documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28 dicembre 2000 n. 445).

#### INFORMATIVA PRIVACY

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli 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:

- I. tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;
- II. vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- III. designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- IV. promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- V. dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- VI. esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- VII. interpersi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.
- VIII. inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile \_\_\_\_\_