

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

(Albo degli Odontoiatri

Cittadini Italiani - Cittadini Comunitari)

Num. _____ Data iscrizione ____/____/____

Protocollo

Marca da Bollo

€ 16,00

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri 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 Odontoiatria e protesi
dentaria nell'anno accademico _____;
- di aver conseguito il Diploma di laurea in Odontoiatria e protesi dentaria
presso l'Università degli Studi di _____
in data ____/____/____ con voti ____/____ ☐ Lode;

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione
☐ I ☐ II dell'anno _____ 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 a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ di 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 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 il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute (da presentarsi in originale);
- ☐ di NON possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute;
- ☐ di possedere il certificato di Good Standing (che allega);
- ☐ di NON possedere il certificato di Good Standing.

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. interporre, 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;
- IX. acquisire la certificazione attestante la vaccinazione anti COVID-19 od in alternativa la certificazione attestante l'esenzione alla vaccinazione anti COVID-19 od il differimento della vaccinazione anti COVID-19 quale requisito essenziale per l'esercizio della professione in adempimento al D.L. 172/2021.

Data ____/____/____ Firma per esteso e leggibile _____