

AL SIG. PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANIA

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

**CHIEDE**

la **REISCRIZIONE** all'**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultano veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_; C.A.P. \_\_\_\_\_;
- in via \_\_\_\_\_, Tel \_\_\_\_\_;
- e-mail \_\_\_\_\_, Cellulare \_\_\_\_\_;
- indirizzo PEC
  - Dispongo di un indirizzo PEC: \_\_\_\_\_
  - Richiedo PEC OMCeO Catania
- di voler ricevere la corrispondenza in Via \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_, Città \_\_\_\_\_, prov. \_\_\_\_\_, C.A.P. \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_, con voti \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_/\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misura di sicurezza e di misura 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;

(nel caso di condanne penali produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi benefici della sospensione condizionale della pena e/o 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.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato, a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Reg. UE 2016/679, in particolare:

**I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS n.233/1946, DPR n.221/1950, Legge n.2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo nonché di disciplina. I dati personali saranno utilizzati, quindi, per la tenuta dell'albo (sia cartacea che on-line), per le comunicazioni ufficiali, per le iniziative connesse alla gestione dell'Ordine e per le eventuali procedure disciplinari. Il conferimento dei dati personali ed il consenso al loro trattamento sono pertanto obbligatori ed il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione di iscrizione all'albo. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza.**

- Autorizzo ed esprimo espresso consenso al trattamento dei miei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del precedente d.lgs. n.196/03, essendo a conoscenza dei Diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del citato Regolamento;**
- Acconsento all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine ed autorizzo il connesso trattamento dei miei dati. (FACOLTATIVO)**

Data, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante

---