

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**

**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della Provincia di Gorizia**

**INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine [www.ordinemedici-go.it](http://www.ordinemedici-go.it) 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 GDPR, 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 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

\*\*\*\*\*

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

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

**CHIEDE**IL TRASFERIMENTO: **ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI** ☐**ALL'ALBO ODONTOIATRI** ☐

Sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15, della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni,

**DICHIARA (compilare in stampatello)**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadinanza \_\_\_\_\_
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
in via/piazza \_\_\_\_\_ n. civico \_\_\_\_\_
- domicilio (solo se diverso dalla residenza – indicare città, via/piazza, numero civico e CAP)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_
- di esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_
- di aver conseguito il diploma di laurea in:
  - ☐ Medicina e Chir. il \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_
  - ☐ Odontoiatria il \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_ voto \_\_\_\_\_
- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale nella:
  - ☐ 1° sessione anno \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_
  - ☐ 2° sessione anno \_\_\_\_\_ Università \_\_\_\_\_
  - ☐ Laurea abilitante
- diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_  
conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
con votazione pari a \_\_\_\_\_
- di essere attualmente iscritto all'Albo ☐ Medici Chir. ☐ Odontoiatri OMCEO di \_\_\_\_\_
- Altre note \_\_\_\_\_
- di essere in **regola con il pagamento dei contributi** dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di 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 godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- **di impegnarsi a comunicare all'Ordine qualsiasi variazione anagrafica, ivi compresi i recapiti.**

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai 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.

Gorizia, lì \_\_\_\_\_ Firma per esteso e leggibile \_\_\_\_\_

Allegati:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Quietanza del versamento di € 20,00 o € 40,00 se doppia iscrizione | <input type="checkbox"/> Fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità e fotocopia del C.F.                    |
| <input type="checkbox"/> Marca da bollo da € 16,00 (da applicare in segreteria)             | <input type="checkbox"/> Fotografia del volto per il rilascio del tesserino (o in alternativa inviare per mail in formato .jpg) |

\*\*\*\*\*

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA (parte riservata alla Segreteria)**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./ssa \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_ Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza \_\_\_\_\_