

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE

CITTADINI APPARTENENTI COMUNITA' EUROPEA

(NO CITTADINI ITALIANI)

**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
BERGAMO**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

Il trasferimento all'Albo _____ di questo Ordine.

Ai sensi del DPR 28/12/00 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____
il _____
- cittadinanza _____
- codice fiscale _____
- **di essere residente a** _____ Prov. _____ CAP _____
- Via _____ n. _____
- **di avere eletto domicilio** _____
- Prov. _____ CAP _____ Via _____ N _____
- **Eventuale recapito postale se diverso dalla residenza o dal domicilio professionale**

- **di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di**
_____ Prov. _____ CAP _____

Via _____ N. _____

- Recapiti telefonici _____

Fax _____ Email _____

PEC (obbligatoria ai sensi della Legge 2/2009) _____

di esercitare l'attività professionale in qualità di:

- **Libero professionista**

presso lo studio sito in _____

Via _____ N. _____

presso la seguente struttura _____

sita in _____

Via _____ N. _____

- **Dipendente**

presso la seguente struttura _____

sita in _____

Via _____ N. _____

- **Convenzionato** **Medicina Generale –Assistenza primaria**

Medicina Generale – Continuità assistenziale

Pediatria di base

Specialista Ambulatoriale

Specialista Esterno

Emergenza Sanitaria Territoriale

Medicina dei Servizi

data inizio convenzione _____

presso lo studio sito in _____

Via _____ N. _____

data inizio convenzione _____

presso la seguente struttura _____

sita in _____

Via _____ N. _____

- di essere iscritto all'Ordine della provincia di _____

all'Albo _____ dal _____

- Precedenti iscrizioni: Ordine di _____ dal _____

Ordine di _____ dal _____

Ordine di _____ dal _____

- di essere iscritto nell'elenco Psicoterapeuti dell'Ordine di _____

dal _____ con indirizzo in campo psicoterapeutico _____

- eventuale prima iscrizione elenco Psicoterapeuti all'Ordine di _____ dal _____

- di essere iscritto nell'elenco delle Medicine non Convenzionali dal _____ disciplina:

- di avere conseguito attestato tirocinio formazione Medico di Medicina Generale

il _____ Biennio/Triennio _____

Regione _____

- di aver superato la prova attitudinale per l'esercizio dell'Odontoiatria D.L. 386 13.10.98

attestato conseguito il _____ presso Università di _____

Compilare solo se in possesso di titoli conseguiti in altro Stato

di essersi immatricolato presso l'Università di **(indicare Università altro Stato)**

- nell'anno accademico _____

- di aver conseguito la laurea in _____

presso l'Università di _____

in data _____

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale sessione _____ anno _____

presso l'Università di _____

- di aver conseguito il titolo di specialista in _____

- presso l'Università di _____

il _____

Compilare solo se in possesso di titoli conseguiti in altro Stato e riconosciuti dal Ministero della

Salute

- di essersi immatricolato all'Università di (indicare università altro Stato)

- nell'anno accademico _____

- di aver conseguito la laurea in _____

presso l'Università di _____

in data _____

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale sessione _____ anno _____

presso l'Università di _____

- titolo riconosciuto dal Ministero della Salute in data _____

- di aver conseguito il titolo di specialista in _____

- presso l'Università di _____

in data _____

- titolo riconosciuto dal Ministero della Salute in data _____

Compilare solo se in possesso di titoli conseguiti in Italia

- di essersi immatricolato presso l'Università di _____
- nell'anno accademico _____
- di aver conseguito la laurea in _____
- presso l'Università di _____
- in data _____ con voto _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale
- presso l'Università di _____
- sessione _____ anno _____ voto _____

- di essere specialista in _____
- _____
- _____

- presso l'Università di _____
- il _____ voto _____

DICHIARA INOLTRE

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- 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 aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di godere dei diritti civili;

DI NON AVERE ***DI AVERE** riportato condanne penali e **DI NON ESSERE** **DI ESSERE** destinatario 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 **DI ESSERE** a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

DI NON AVERE ***DI AVERE** riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

***Specificare se trattasi di sentenza definitiva o non**

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 196/03. (Vedi informativa allegata)

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del D.P.R. N.455 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 D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data

FIRMA

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

PARTE RISERVATA ALLA SEGRETERIA

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI BERGAMO**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza l'istanza.

DATA

Firma dell'incaricato

.....

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo
Informativa ai sensi del Regolamento Europeo 2016/679 in materia di trattamento dati personali

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, (Regolamento Generale Protezione dati "RGPD" o "Regolamento"), come di volta in volta modificato o sostituito, si forniscono le seguenti informazioni:

Identità e dati di contatto del Titolare del trattamento

Il Titolare del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri di Bergamo con sede in via G. Manzù n. 25, 24122 Bergamo (BG), che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore Dr Guido Marinoni. Per ulteriori informazioni può contattare l'Ordine al numero 035/217200 o scrivere al seguente indirizzo e-mail segreteria@omceo.bg.it.

Dati di contatto del Responsabile della Protezione dei Dati

L'Ordine ha nominato il "Responsabile Protezione Dati - RPD" (c.d. "Data Protection Officer" o DPO) i cui dati di contatto sono pubblicati sul sito internet istituzionale dell'Ordine (area trasparenza).

Finalità del trattamento, dati trattati e obbligo/facoltà di conferire i dati

A) Finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine principalmente connesse all'ottemperanza delle seguenti norme: D.lgs. C.P.S. n. 233/1946, D.P.R. n. 221/1950, Legge n. 409/1985, Legge n. 471/1988, Legge n. 3/2018 nonché a successive norme legislative e regolamentari di attuazione, esecuzione e modifica. L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere **obbligatorio** in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa.

L'Ordine acquisisce **obbligatoriamente** i seguenti dati:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale;
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. indirizzo di Posta Elettronica Certificata (PEC);
9. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
10. eventuale svolgimento della professione di farmacista;
11. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
12. godimento dei diritti civili.

L'Ordine, nello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, potrebbe inoltre venire a conoscenza di categorie particolari di dati personali quali, ad esempio, lo stato di salute e di dati personali relativi a condanne penali e reati. In ogni caso, i dati personali oggetto di pubblicazione all'Albo sono solamente quelli previsti da norma di legge o regolamento ed in particolare sono quelli previsti dall'art. 3 D.P.R. 221/1950. Altri dati quali il numero di telefono, di fax o di posta elettronica o altro dato di contatto sono liberamente comunicati dall'iscritto e verranno trattati solo a fini istituzionali. Lei può, in qualsiasi momento, revocare l'autorizzazione al loro trattamento.

L'Ordine tratta i Suoi dati per:

- adempiere agli obblighi previsti in ambito lavorativo, previdenziale, fiscale e contabile;
- organizzare e gestire i procedimenti inerenti all'iscrizione e permanenza all'Albo e più in generale rispettare gli obblighi di legge previsti per la gestione delle professioni ordinistiche anche per quanto attiene la corretta tenuta di elenchi e registri;
- promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti, favorire l'interazione ed i rapporti professionali, formativi e informativi fra Ordine e professionisti iscritti anche attraverso circolari e newsletter istituzionali;

- curare l'aggiornamento e verificare periodicamente la sussistenza dei requisiti di legge inerenti all'iscrizione, emettendo le relative certificazioni e comunicando periodicamente alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e all'ENPAM tali dati;
- vigilare per la tutela dei titoli e per il legale esercizio delle attività professionali, nonché per il decoro e l'indipendenza della professione;
- verificare le dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio prodotte all'ente;
- applicare e rendere operativa ogni delibera del Consiglio dell'Ordine;
- gestire l'archiviazione e la conservazione di dati, informazioni, comunicazioni anche elettroniche e documenti inerenti i Procedimenti gestiti dall'Ente ed in generale i servizi erogati ed i rapporti giuridici intercorrenti;
- inviare informazioni relative all'accesso ai siti internet di proprietà dell'Ordine;
- pubblicare nell'Albo, presente anche sul sito web istituzionale e sulla app mobile, i dati identificativi dell'iscritto così come previsto dalla normativa;
- finalità statistiche, studio, ricerca e andamento della professione.

B) Finalità NON strettamente connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine per le quali Le verrà di volta in volta richiesto uno specifico consenso.

Base giuridica del trattamento

Per le finalità di cui alla lettera A) le basi giuridiche del trattamento che ne determinano la liceità sono l'adempimento di un obbligo legale al quale è soggetto il titolare (art. 6 comma 1 lett. c) del RGPD) e l'esecuzione di un compito connesso all'esercizio di pubblici poteri di cui è investito il titolare (art. 6 comma 1 lett. e) del RGPD).

Per le finalità di cui alla lettera B) la base giuridica del trattamento che ne determina la liceità è il Suo consenso (art. 6 comma 1 lett. a) del RGPD).

Destinatari/categorie destinatari dei dati personali

I dati personali non oggetto di pubblicazione nell'Albo o resi facoltativamente dall'iscritto potranno essere comunicati a soggetti determinati quali: Consiglio Direttivo e Organi di controllo dell'Ordine, nostro personale e/o collaboratori, soggetti che hanno necessità di accedere ai Vostri dati per finalità ausiliare al rapporto che intercorre tra Lei e l'Ordine, nei limiti strettamente necessari per svolgere i compiti ausiliari (si citano a titolo indicativo l'ENPAM, gli istituti di credito, uffici giudiziari, compagnie di assicurazione, società di consulenza e gli spedizionieri), soggetti (ad esempio: organi amministrativi e di controllo, giudiziari ecc.) che possono accedere ai dati in forza di disposizione di legge, di regolamento o di normativa comunitaria, nei limiti previsti da tali norme.

Periodo di conservazione dei dati personali

I dati in oggetto verranno trattati per tutta la durata dell'iscrizione a questo Ordine ed anche successivamente per finalità amministrativo-contabili, ivi incluse quelle relative alla gestione del personale, per l'espletamento di obblighi di legge, per finalità di tipo statistico, finalità connesse al settore bancario creditizio assicurativo e di tutela del credito.

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti cartacei, informatici e telematici ed è progettato in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi. In linea generale, i dati personali saranno conservati secondo quanto previsto dalla legge.

I dati trattati per finalità di cui alla lettera B) saranno conservati per un periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali sono stati raccolti e trattati.

Diritti dell'interessato

L'interessato può esercitare i propri diritti previsti dal Regolamento UE 2016/679 (artt. da 15 a 22) e in particolare, ove legalmente e tecnicamente fattibile, ha il diritto di esercitare:

- a. diritto di revoca del consenso
- b. diritto di accesso
- c. diritto di rettifica
- d. diritto di cancellazione (diritto all'oblio)
- e. diritto di limitazione del trattamento
- f. diritto alla portabilità dei dati.

Trasferimento dei dati personali

La informiamo che i Suoi dati non saranno trasferiti al di fuori dell'Italia.

Reclami

Nel caso in cui ritenga che i Suoi dati personali siano stati trattati in modo non conforme alla normativa ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in Roma, Piazza di Monte Citorio n. 121, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, e-mail: garante@gpdp.it.

Processi decisionali automatizzati

Si dà atto che nelle procedure dell'Ordine non vi è alcun processo decisionale basato unicamente sul trattamento automatizzato, ivi compresa la profilazione, che produca effetti giuridici sull'interessato.

Modifiche e aggiornamenti alla presente informativa

L'Ordine avrà cura di modificare o semplicemente aggiornare, in tutto o in parte, la presente informativa sul trattamento dei dati anche in considerazione della modifica delle norme di legge o di regolamento che regolano questa materia e proteggono i diritti degli interessati. Le modifiche e gli aggiornamenti saranno portati a conoscenza degli iscritti con mezzi idonei.

Presa d'atto dell'informativa e dichiarazione di consenso

Il sottoscritto

_____ (nome, cognome)

_____ (codice fiscale)

- (obbligatorio) Confermo con la mia sottoscrizione di aver ricevuto e di aver preso visione dell'informativa e presto il mio consenso al trattamento dei dati personali appartenenti a categorie particolari per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ li _____ Firma _____

- (facoltativo) Presto altresì il mio consenso all'utilizzo della email, numero di telefono cellulare e di fax ed all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine autorizzando il connesso trattamento dei dati indicati per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ li _____ Firma _____

- (facoltativo) presto il mio consenso e autorizzo l'Ordine a comunicare i miei dati personali, in particolare la mia email e il mio numero di telefono cellulare, per essere contattato esclusivamente per finalità di ricerca del personale alle seguenti categorie di soggetti terzi:

- soggetti pubblici (ad es. ATS – ASST)
- soggetti privati (ad es. gruppi ospedalieri privati e altre strutture private)

_____ li _____ Firma _____

DOCUMENTI ISCRIZIONE TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

- copia riconoscimento titolo Ministero della Salute per l'esercizio della professione in Italia
- documento di identità non scaduto
- fotocopia codice fiscale
- n. 1 fotografia a colori formato tessera
- marca da bollo Euro 16,00

Nel caso in cui il sanitario sia iscritto sia all'Albo Medici che all'Albo Odontoiatri, dovranno essere prodotte due domande distinte corredate da doppia documentazione

Se il sanitario non presenta di persona la domanda di iscrizione, questa deve essere comunque firmata dal medico e la persona delegata alla consegna deve esibire copia della carta di identità dell'interessato.