

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E

DEGLI ODONTOIATRI  DI VENEZIA

Via Mestrina 86 – 30172 Mestre – VE

Tel. 041 989479 – 989582 · Fax 041 989663

e-mail:  [info@ordinemedicivenezia.it](mailto:info@ordinemedicivenezia.it)

**PROCEDURA PER LA DOPPIA ISCRIZIONE**

E’ necessario compilare apposito modulo–domanda, in bollo da € 16,00 che comprende l’autocertificazione per i dati anagrafici e per i carichi pendenti.

* **Versare € 100,00** - a mezzo avviso PagoPA consegnato dalla segreteria dell’Ordine al momento della presentazione della domanda - avente come causale “quota doppia iscrizione”

Allegare la ricevuta del versamento di:

* **€ 168,00**= da pagare a mezzo c/c postale n. 8003 - intestato Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative – con causale “Altri Atti” cod. 8617.

E’ necessario, inoltre, allegare la fotocopia di un documento di riconoscimento, la fotocopia del tesserino del Codice Fiscale e una foto formato tessera.

**MARCA**

**DA BOLLO**

**€ 16,00**

ALL’ ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA

**DOMANDA DI DOPPIA ISCRIZIONE**

Il /la sottoscritto/a ……………………………………………………………………………………………..

**CHIEDE L’ISCRIZIONE ALL’ALBO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DI CODESTO ORDINE MANTENENDO L’ISCRIZIONE ALL’ALBO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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**

* di essere nato/a a ………………………………………………. prov. …………. il ………….…………
* codice fiscale …………………………………………………………………..
* di essere residente a ………………………………………..………CAP …..…..…….. prov… .………. in via ……………………………………………………………………… Tel. ..………………………… cell. …………………………………. e-mail ……..………………………………….….………………..
* di essere domiciliato a …………………….…………………………CAP ……………… prov. ……… in via …………………………………………………………………………...N. ………………………..
* di essere cittadino/a ……………………………………………….
* di aver conseguito il diploma di laurea in MEDICINA E CHIRURGIA il ………………………….. presso l'Università degli Studi di ………………………….…………………… con votazione ….……………
* anno di immatricolazione …………..….
* di aver conseguito il diploma di laurea in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA il ………………………….. presso l'Università degli Studi di ………………………….……………… con votazione ….…………
* di aver superato l'ESAME DI ABILITAZIONE PROFESSIONALE in data …………………………..……… nella ……………. Sessione dell'anno ……….…..... presso l'Università degli Studi di ……………………………………. con votazione …………………
* di non aver riportato condanne penali e di non 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 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 non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi 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 aver 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

**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.**

*Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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:*

1. *tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;*
2. *vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;*
3. *designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;*
4. *promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;*
5. *dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;*
6. *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;*
7. *interporsi, 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.*
8. *inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.*

Data ..………………… **Firma per esteso e leggibile ……………………………………………….**

**Allegati:**

**Quietanza del versamento di € 168,00 per tassa concessione governativa su c/c postale n. 8003**

**Fotocopia documento di riconoscimento in corso di validità e del Codice Fiscale**

**n. 1 foto formato tessera per il rilascio del tesserino**

**SPAZIO RISERVATO ALL’ ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VENEZIA**

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

Data …………………….. Timbro e firma dell'incaricato che riceve l’istanza

…………….…………………………