

DOCUMENTI NECESSARI PER LA DOPPIA ISCRIZIONE - ALBO MEDICI e ODONTOIATRI

(Medici residenti o esercitanti l'attività professionale in Vibo Valentia o Provincia)

- 1. Compilazione domanda in marca da € 16,00 come da fac-simile allegato e compilazione modulo Informativa Trattamento dati personali -GDPR(EU) 679/2016-. La firma può essere prodotta personalmente dall'interessato presso gli Uffici dell'Ordine in presenza del funzionario addetto al ricevimento della domanda o la domanda già firmata può essere spedita per posta con acclusa copia di valido documento di riconoscimento non scaduto. In entrambi i casi la domanda è redatta ai sensi degli art. 46-47 del T.U. — DPR.28/12/2000 n.445 ed è sempre corredata da documento di identità in corso di validità (carta di identità, CIE, passaporto, Patente rilasciata da Prefettura)**
- 2. fotocopia del codice fiscale (non autenticata) o CIE.**
- 3. n.1 fotografia formato tessera**
- 4. TASSA di € 180,00 per quota annuale da versare con bonifico con coordinate BANCA CARIME, Agenzia Principale di Vibo Valentia, CODICE IBAN: IT 65 V 03111 42830 00000000 7747 intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vibo Valentia, sulla ricevuta deve risultare il nome del Medico e la dicitura "prima iscrizione albo medici". La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione.**
- 5. TASSA di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale n. 8003 intestato a "AGENZIA DELLE ENTRATE — CENTRO OPERATIVO DI PESCARA — TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE". La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione.**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
DI VIBO VALENTIA E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

DOPPIA ISCRIZIONE

Bollo
da
€ 16,00

**Ill.mo Sig. Presidente dell'Ordine
Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Vibo Valentia**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
il _____ cittadino/a _____ residente a _____
Via _____ CAP _____ telefono _____
Cellulare _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____ laureato/a in ODONTOIATRIA presso
l'Università di _____ il _____ con voti _____
Esame di Stato superato presso l'Università di _____ con voti _____
nella sessione _____

(indicare sessione o mese e anno)

CHIEDE

l'iscrizione a Codesto Ordine - **ALBO ODONTOIATRI (Doppia Iscrizione)**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 68 n. 15 e della Legge 15 maggio 1997 n° 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 Legge 4 gennaio 1968 n. 15):

1. di non essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione ed inoltre dichiara di aver ricevuto informativa ai sensi della Legge 31/12/1996 n. 675
2. di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri
3. di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri
4. di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad alcun altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo
5. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti
6. di essere stato informato sulla modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.L. 30/06/2003 n. 196 e dal GDPR(UE) 679/2016
7. 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;
8. di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
9. di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
10. di godere dei diritti civili

Vibo Valentia, li _____

Firma _____

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

Il sottoscritto _____, incaricato, ATTESTA ai sensi della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il
Dott. _____ identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

Vibo Valentia, li _____

"Informativa trattamento dati personali Regolamento EU 679/2016"

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016 dettato in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati, personali, nonché alla libera circolazione di tali dati desidero informarla che:

ì dati personali da Lei forniti o acquisiti nell'ambito dei rapporti con noi intercorrenti, ha per finalità:

- a) la tenuta, l'aggiornamento o la pubblicazione dell'Albo professionale dei Medici Chirurghi e dell'Albo degli Odontoiatri ai sensi del DPR 221/1950;
- b) attività strettamente connesse e strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti, attività connesse agli obblighi previsti da leggi, da regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e controllo,
 - il trattamento dei dati conferiti, avviene nel rispetto delle norme vigenti, a mezzo di strumenti cartacei ed informatici idonei a tutelare la Sua sicurezza e riservatezza, nel rispetto di adeguate misure di sicurezza. Tale trattamento consiste nella raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, modificazione, consultazione, elaborazione, estrazione, selezione, raffronto, utilizzo, cancellazione dei dati stessi;
 - il conferimento dei dati personali richiesti (ad esclusione dei recapiti telefonici, di posta elettronica e di quant'altro espressamente indicato come facoltativo) è obbligatorio, in quanto una loro mancata o parziale comunicazione impedirebbe di adempiere ai compiti istituzionali dell'Ente;
 - i dati obbligatori forniti o acquisiti nel corso del rapporto saranno diffusi nelle misure e nel rispetto di quanto previsto dal D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221 (e sue successive modifiche ed integrazioni), dal Regolamento 679/2016, dai provvedimenti emanati dall'Autorità del Garante della Privacy e dall'apposito regolamento emanato dal Consiglio Direttivo dell'Ordine con delibera n.07/086 del 29 giugno 2016, d'ora in poi chiamato "Regolamento"; gli stessi saranno comunicati agli Enti ed alle Istituzioni aventi diritto sempre nel rispetto della normativa vigente, come riportato nel Regolamento;

Ai sensi del Regolamento EU 679/2016 i dati personali, diversi da quelli particolari e giudiziali, che devono essere inseriti nell'Albo professionale in conformità al D.P.R. 5 aprile 1950, n. 221, possono essere comunicati a soggetti pubblici e privati o diffusi anche mediante rete di comunicazione elettronica, come meglio specificato nel Regolamento;

La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi, nonché il consenso dell'interessato. In relazione a quest'ultimo, lei ha la facoltà di revocare il consenso in ogni momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro. I suoi dati personali saranno trattati per la durata della sua iscrizione all'albo e successivamente saranno conservati esclusivamente per adempiere ad obblighi di legge.

Al fine di garantire all'iscritto all'Albo uno strumento di riconoscimento che possa essere esibito in caso di necessità, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Vibo Valentia, ha previsto la realizzazione di una card con foto, che sarà presente nei nostri archivi digitali; Inoltre potrebbe essere prevista la pubblicazione di foto, anche di gruppo, e filmati in occasione di eventi, assemblee o altro, sul sito dell'Ordine per fini istituzionali dell'Ordine, compreso quello di informare/pubblicizzare le attività dell'Ordine (consenso facoltativo).

- i dati facoltativi forniti o acquisiti nel corso del rapporto non saranno comunicati all'esterno se non espressamente autorizzati dall'interessato,
- l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Vibo Valentia con sede operativa in Vibo Valentia, Viale Affaccio, 217 (Pallazzo Agorà), è il titolare del trattamento;
- Il Responsabile della protezione dei dati è il Sig. Rosario La Rocca, legale rappresentante dell'azienda SECUR.IM con sede in Via C.da Colamazza n. 2 – Vibo Valentia, tale Responsabile potrà essere contattato per le tematiche privacy inviando una mail all'indirizzo dpo@omceovv.it.
- i dati personali possono essere trasferiti a Paesi aderenti all'Unione Europea nell'ambito delle comunicazioni previste dalla normativa vigente. L'Ordine, inoltre, potrebbe avvalersi di fornitori o sub fornitori che non risiedono nell'Unione Europea, a tal proposito si garantisce che il trasferimento potrà avvenire solo verso soggetti che garantiscano un adeguato livello di protezione del trattamento dei dati e/o verso paesi per i quali le competenti Autorità hanno emesso una decisione di adeguatezza nonché verso soggetti che hanno fornito idonee garanzie al trattamento dei dati attraverso adeguati strumenti, normativi/contrattuali quali ad esempio la sottoscrizione di clausole contrattuali standard. Per ottenere informazioni a tal riguardo, potrà inviare una e-mail all'indirizzo info@omceovv.it

L'interessato potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti previsti, dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi. L'interessato in relazione al trattamento dei suoi dati personali ha inoltre diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo. Tali diritti possono essere esercitati scrivendo all'indirizzo e-mail info@omceovv.it



Il Presidente

Antonino Maglia

**"DICHIARAZIONE DI CONSENSO IN QUALITÀ' DI INTERESSATO
AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI PERSONALI COMUNI E PARTICOLARI"**

L'INTERESSATO: Nome _____ Cognome _____

presa visione dell'informativa al trattamento dati personali di cui a pagina 1 del presente modulo, con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero ed informato consenso

- affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali come risultanti dalla presente informativa. Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali particolari vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Data _____ Firma _____


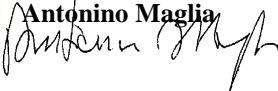
Regolamento di individuazione dei criteri per la comunicazione e la diffusione dei dati personali (diversi da quelli particolari e giudiziari) relativi agli iscritti agli albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Vibo Valentia, consultabile al link http://www.omceovv.it/news/?page_id=5062

La informo, inoltre, che i Suoi dati personali saranno da noi trattati manualmente, con mezzi informatici e telematici per analisi statistiche e per iscrivere il Suo indirizzo e-mail e il suo numero telefonico alla nostra newsletter e alle nostre eventuali comunicazioni (trattamento che necessita del Suo consenso), che contiene comunicazioni dell'Ordine, comunicazioni del Presidente, rassegna stampa e aggiornamenti professionali, corsi di formazione, offerte di lavoro, oltre a proposte di servizi erogati dal Titolare per il perseguimento della finalità indicata è strettamente necessario il conferimento del Suo indirizzo e-mail. I dati non saranno diffusi né trasferiti all'esterno dell'Ordine

La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto all'ordine e il consenso dell'interessato. I suoi dati personali finalizzati alla realizzazione delle finalità di comunicazione, saranno trattati per la durata della sua iscrizione all'albo, fatta salva la sua facoltà di revocare il consenso in ogni momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento in base al consenso da lei fornito prima del ritiro.

Le ricordiamo che il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail dpo@omceovv.it. Lei potrà rivolgersi al Titolare per esercitare i diritti, previsti dal Regolamento EU 679/2016 a favore dell'interessato ed in particolare potrà richiedere l'accesso, la rettifica, l'aggiornamento, il blocco, la revoca del consenso in conformità con le norme applicabili, la limitazione del trattamento, la portabilità dei dati e la cancellazione degli stessi. L'interessato in relazione al trattamento dei suoi dati personali ha inoltre diritto di presentare un reclamo all'Autorità di controllo. Tali diritti possono essere esercitati scrivendo all'indirizzo e-mail info@omceovv.it

Le ricordiamo inoltre che la cancellazione dalle nostre comunicazioni periodiche via e-mail può essere fatta in automatico ed in autonomia, cliccando sugli appositi link presenti in fondo a ciascuna delle email inviate.


Il Presidente
Antonino Maglia


L'INTERESSATO: Nome _____ Cognome _____

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** al trattamento del mio indirizzo e-mail per l'invio delle comunicazioni elettroniche. Sono consapevole del fatto che, in mancanza del consenso, non potrò ricevere alcuna comunicazione via e-mail dall'Ordine.

esprimo il consenso **NON esprimo il consenso** alla pubblicazione di foto e filmati per finalità istituzionali e di pubblicità sul sito dell'ordine e sui principali social network;

Data _____ Firma _____