

Marca da  
bollo da  
€14.62

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Milano

**Il sottoscritto Dott.** .....

**C H I E D E**

ai sensi dell'art. 9 ,lettera e) D.L.C.P.S. n. 233/46 così come modificato dalla  
legge n. 362/91, di ottenere P**ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**  
all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Milano

**ALBO** .....

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000),SOTTO LA  
PROPRIA RESPONSABILITA',**

**DICHIARA :**

di essere nato a .....il.....

di essere cittadino .....

di essere residente a .....

In Via .....C.A.P. ....

di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza)

In Via .....n.....C.A.P. ....

telefono .....e-mail .....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....  
(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale .....

di aver conseguito la Laurea in .....

presso l'Università di .....  
il .....con voti.....  
Esame di Stato superato presso l'Università di .....  
nel .....  
(indicare mese anno sessione)

**A TAL FINE DICHIARA DI:**

data e luogo di **prima Iscrizione** .....  
essere tutt'ora iscritto all'Ordine Provinciale di .....  
nell'Albo Medici Chirurghi dal .....  
nell'Albo Odontoiatri dal.....  
eventuale iscrizione nell'elenco Psicoterapeuti dal.....  
di aver variato la propria residenza dal Comune di .....(prov. )

Via .....n..... cap.....  
di esercitare la propria attività professionale nel Comune di  
.....

Via.....n. .... cap .....(Azienda  
ASL.....)

quale medico:

- a) di Medicina Generale-Assistenza Primaria
- b) pediatra di libera scelta
- c) libero professionista
- d) specialista ambulatoriale
- e) medicina dei servizi territoriali
- f) medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura: ...  
.....in ..... Via .....  
n. ....cap. ....

**DICHIARA INOLTRE :**

[ ] 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 **AVERE** riportato condanne penali;

( nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento).....  
.....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

L\_ sottoscritt\_ , inoltre dichiara di **NON** essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale del Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando .....)

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell’Unione Europea;

di **ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all’Ordine di appartenenza e all’Enpam alla data di presentazione della domanda

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l’esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all’albo.

di **impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall’art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.**

**se in procinto di iscriversi o già iscritto all’Ordine dei Farmacisti, di optare per l’esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o**

**Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)**

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni a alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

**DA COMPILARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA**

data, ..... firma .....

.....

Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R.

n. 445/2000, in presenza del/della

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
( Timbro e Firma dell'impiegato)

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCP 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05-04.1950 n. 211 e dalla ulteriore normativa vigente.

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'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

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. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. godimento dei diritti civili.

**E' in facoltà dell'interessato conferire il numero di telefono, di fax o di posta elettronica. In ogni caso tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi.**

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA  
RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSI'  
COME INDICATO:**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_