

ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE - ALBO MEDICI E ODONTOIATRI

Iscrizione per trasferimento da altro Ordine - Albo Medici e Odontoiatri

NOTE INFORMATIVE: DOCUMENTAZIONE PER ISCRIZIONE PROVENIENTI DA ALTRO ORDINE – MEDICI e/o ODONTOIATRI – RESIDENTI O CON L'ATTIVITA' PROFESSIONALE IN MILANO O PROVINCIA

Sulla domanda di iscrizione all'Albo applicare la marca da bollo da € 16,00

NOTE INFORMATIVE:

L'iscrivendo dovrà:

1. registrarsi al portal e istituzionale <http://www.omceomi.it> compilando tutti i dati richiesti e, a registrazione avvenuta, autenticarsi fornendo le credenziali di accesso (codice fiscale e password);
2. richiedere il bollettino MAV online, compilare i dati richiesti (vedi punto 6 della documentazione da allegare);
3. pagare il bollettino MAV entro due giorni dalla data di emissione;
4. presentarsi con la documentazione richiesta.

Ricordiamo che l'iscrivendo dovrà presentarsi munito di indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata). Informiamo che, nonostante l'impegno dell'OMCeO di Milano, la Federazione e il Ministero dello Sviluppo Economico ci impongono forzatamente di non tenere valide le PEC "al cittadino" rilasciate dal Governo italiano al dominio @postacertificata.gov.it

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. Fotocopia del codice fiscale e fotocopia fronte retro del documento di identità (non autenticate)
2. n.1 Fotografia formato Tessera
3. AUTOCERTIFICAZIONE DI RESIDENZA IN MILANO O PROVINCIA ai sensi dell'art. 46 del T.U. – DPR 28/12/2000 N. 445 su modulo predisposto dall'Ordine sulla domanda di iscrizione o in alternativa la fotocopia della carta di identità in corso di validità ove è riportata la residenza, ai sensi dell'art. 45 del T.U. DPR 28/12/2000
4. qualora la residenza è fuori della provincia ATTESTAZIONE DI ATTIVITA' PROFESSIONALE IN MILANO O PROVINCIA predisposta dall'Ordine sulla domanda di iscrizione.
5. DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, predisposta dall'Ordine sulla domanda, DA CUI RISULTA CHE IL SANITARIO NON È SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI PENALI, PROCEDIMENTI E PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI, DI ESSERE IN REGOLA CON IL PAGAMENTO DEI CONTRIBUTI ORDINE ED ENPAM.
6. € 5,00 per tassa di iscrizione pagabili con bollettino MAV di € 5,00 (o € 10,00 nel caso di presentazione di duplice richiesta per doppia iscrizione) che sarà inviato direttamente dal sistema al termine della compilazione della scheda per la richiesta del bollettino MAV al proprio indirizzo e-mail

N.B.:

- I Sanitari Cittadini Extracomunitari devono presentare fotocopia del permesso di soggiorno
- I Sanitari iscritti al doppio Albo (Medici e Odontoiatri) devono presentare doppia documentazione

Per informazioni

Ufficio Iscrizioni e Cancellazioni : 0286471.402/412/417

[domanda trasferimento altro ordine](#)

[Creazione MAV](#)

Marca da
bollo da
€16,00

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

Il sottoscritto Dott.

CHIEDE

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 PISCRIZIONE 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 ail.....

di essere cittadino

di essere residente a

In ViaC.A.P.

di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza)

In Vian.....C.A.P.

telefonoe-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
ilcon 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.)
Vian..... 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: ...
.....inVia
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 FIRMARE 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.

L'interessato dovrà conferire il numero di telefono, di fax, di posta elettronica semplice e certificata.

Tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, ad eccezione dell'indirizzo PEC, la cui divulgazione seguirà la normativa vigente.

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 COSÌ
COME INDICATO:**

Data _____ Firma _____