

Iscrizione di cittadini non comunitari, residenti o con domicilio professionale in Milano e provincia, con titoli non comunitari (decreto ministeriale) o titolo di studio riconosciuto da Università Italiana (tale titolo non è soggetto a termine)

Iscrizione di cittadini non comunitari, residenti o con domicilio professionale in Milano e provincia, con titoli non comunitari (decreto ministeriale) o titolo di studio riconosciuto da Università Italiana (tale titolo non è soggetto a termine)

(Medici/Odontoiatri residenti o con domicilio professionale in Milano e Provincia)

NOTE INFORMATIVE

L'iscrivendo dovrà:

1. registrarsi al portale 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 9 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

DA ALLEGARE:

1) Per titolo riconosciuto con Decreto Ministeriale:

DECRETO MINISTERIALE che attesta il riconoscimento del titolo di Medico/Odontoiatra in copia autenticata in bollo rilasciata dal Comune, o in copia autenticata presso i nostri Uffici esibendo l'originale.

L'efficacia del riconoscimento è limitata a 2 anni.

N.B. PER TITOLO RICONOSCIUTO CON DECRETO MINISTERIALE:

IL SANITARIO DOVRA' SOSTENERE PRESSO L'ORDINE UNA PROVA CHE ATTESTI LA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA E DELLE SPECIALI DISPOSIZIONI CHE REGOLANO L'ESERCIZIO PROFESSIONALE IN ITALIA.

2) Per titolo riconosciuto da Università italiana:

Attestazione da parte del Governo di provenienza all'assenso all'esercizio dell'attività lavorativa in Italia (questo documento rilasciato dall'autorità competente deve essere allegato se il Medico/Odontoiatra è stato immatricolato in soprannumero al corso di laurea.

3) Certificato di assenza procedimenti disciplinari pendenti o pregressi rilasciato dalla competente Autorità del Paese di provenienza, prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.

4) Certificato del Casellario Giudiziale oppure un documento equipollente rilasciato dalla competente Autorità dello Stato di origine o di provenienza prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.

5) fotocopia del codice fiscale e fotocopia fronte retro del documento di identità (non autenticate).

6) documento d'identità valido

7) Attestato di domicilio professionale o certificato di residenza.

8) n.2 fotografie (uguali tra loro) formato tessera di cui una verrà autenticata presso i nostri Uffici.

9) TASSA di € **110,00** per quota annuale (€ 97,00 per l'Ordine e € 23,00 per la FNOMCeO) + € 5,00 per tassa di iscrizione pagabili con bollettino MAV di € 115,00 che sarà inviato direttamente dal sistema al termine della compilazione della scheda per la richiesta del bollettino MAV al proprio indirizzo e-mail

10) TASSA di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative. Codice tariffa: 8617.

La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione

11) Marca da bollo da Euro 16,00

LE AUTOCERTIFICAZIONI, DI SEGUITO ELENcate, E L'INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 SONO REDATTE SULLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

AUTOCERTIFICAZIONI DI:

- NASCITA
- RESIDENZA
- CITTADINANZA
- GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI
- CERTIFICATO GENERALE (CASELLARIO GIUDIZIALE DEL TRIBUNALE)
- **PERMESSO DI SOGGIORNO E RELATIVA MOTIVAZIONE DI RILASCIO.**

In sostituzione alle autocertificazioni sopra menzionate, si possono presentare i rispettivi certificati in bollo da € 16,00 cadauno che devono essere di data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione della domanda

L'ORDINE ISCRIVERA' IL SANITARIO ALL'ALBO MEDICI O ODONTOIATRI SOLO DOPO AVER RICEVUTO IL PARERE FAVOREVOLE DEL MINISTERO DELLA SALUTE AI FINI DELLE QUOTE D'INGRESSO.

N.B. Per ulteriori informazioni: Ufficio iscrizioni tel. 0286471.402-412-417

Domanda iscrizione Cittadini non UE con titoli non UE - Riconoscimento titoli con Decreto del Ministero

Domanda iscrizione Cittadini non UE con titoli non UE - Riconoscimento titoli tramite Università

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

l'iscrizione a codesto Ordine – **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.

Con **DOMICILIO PROFESSIONALE** presso

con recapito postale da utilizzare per invio di pagamento tributi e

comunicazioni

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 anel.....

Abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra

_____ in Italia con Decreto Ministeriale del

.....

(indicare la data riportata sul decreto)

DICHIARA INOLTRE :

di **ESSERE** in regola con il Permesso di Soggiorno, motivo del rilascio
..... scadenza

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 dei 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 e dei Paese non Comunitari;

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)

Marca da
bollo da
€16,00

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

Il sottoscritto Dott.

C H I E D E

l'iscrizione a codesto Ordine – **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.

Con **DOMICILIO PROFESSIONALE** presso

con recapito postale da utilizzare per invio di pagamento tributi e

comunicazioni

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.....

il**con voti**.....

*** Esame di Stato superato a****nel**.....

(indicare sessione, mese, anno)

*** (dati relativi al riconoscimento del titolo in Italia tramite Università)**

DICHIARA INOLTRE :

di **ESSERE** in regola con il Permesso di Soggiorno, motivo del rilascio
..... scadenza

di **ESSERE** oppure di **NON ESSERE** stato ammesso in
soprannumero al relativo corso di Laurea

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 e dei Paese non Comunitari;

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 e 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)

Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano

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 Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano con sede in Via Lanzone n. 31, 20123 Milano (MI), che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore Dr Roberto Carlo Rossi. Per ulteriori informazioni può contattare l'Ordine al numero 02/864711 o scrivere al seguente indirizzo e-mail info@omceomi.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.

A titolo esemplificativo e non esaustivo, l'Ordine tratta i Suoi dati per:

- adempiere agli obblighi previsti in ambito lavorativo, previdenziale, fiscale e contabile;
- organizzare e gestire i procedimenti inerenti l'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 l'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 utilizzando l'apposita modulistica resa disponibile sul sito web e in formato cartaceo presso i nostri Uffici. In particolare, ove tecnicamente fattibile, ha il diritto di esercitare:

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

Reclami

Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti siano stati trattati in modo non conforme alla normativa hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

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.

Presenza 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 (es. stato di salute) o relativi a condanne penali e reati, per le finalità di cui alla lettera A) finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine.

_____ lì _____

Firma _____

- (facoltativo) presto il mio consenso all'utilizzo del 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.

_____ lì _____

Firma _____