



- di essere in regola con il pagamento delle tasse annuali dovute all'Ordine di appartenenza e al pagamento dei contributi obbligatori dovuti all'ENPAM:       **SI'**               **NO**
- di aver riportato condanne penali:                                       **SI'**               **NO**
- di avere procedimenti penali pendenti:                                       **SI'**               **NO**
- di avere procedimenti disciplinari pendenti:                                       **SI'**               **NO**

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Codice in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 196/2003).

FIRMA - Vedi istruzioni

.....

Data .....

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

Riservato all'ufficio:

<p>IDENTIFICATO CON DOCUMENTO n. _____</p> <p>RILASCIATO DA _____ E VISTO FIRMARE.</p> <p>DATA _____</p> <p style="text-align: right;">FIRMA E TIMBRO</p> <p style="text-align: right;">_____</p>
---

<p>RICEVUTO PER POSTA – PEC E/O PER IL TRAMITE DI TERZA PERSONA SIG. _____</p> <p>(ALLEGARE COPIA DI UN DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA')</p> <p style="text-align: right;">FIRMA E TIMBRO</p> <p>DATA _____</p>
---

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO UE GDPR N. 679/2016 (Protezione dati personali)

Ai sensi dell'art. 13 del GDPR, si forniscono le seguenti informazioni:

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO:** Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna nella persona del Presidente, rappresentante legale protempore, Via Alcide De Gasperi 19, 48121 Ravenna RA IT mail: [info@omceo-ra.it](mailto:info@omceo-ra.it) e altre informazioni di contatto reperibili sul sito istituzionale [www.omceo-ra.it](http://www.omceo-ra.it).

**RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO):** E' stato nominato il DPO dei dati reperibile alla mail dell'Ordine: [info@omceo-ra.it](mailto:info@omceo-ra.it).

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 temporali strettamente necessari per conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti, attraverso strumenti e 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 DLCPD 13/9/1946 n. 233 (con le modifiche della legge di riordino delle professioni sanitarie 11.01.2018 n. 3), dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 5/4/1950 n. 221 e dalla ulteriore normativa vigente.

L'Ordine provvede inoltre alla comunicazione istituzionale mediante il proprio sito web [www.omceo-ra.it](http://www.omceo-ra.it) e mediante l'invio di circolari via e-mail. E' facoltà dell'interessato conferire i numeri di telefono, di fax o l'indirizzo di posta elettronica, altri indirizzi relativi allo studio o per la corrispondenza ed ulteriori dati comunque pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale. E' facoltà dell'interessato fornire i dati per ricevere le comunicazioni e le circolari presso il proprio indirizzo di posta elettronica. In ogni caso tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi senza il consenso. L'interessato ha il diritto di revocare il proprio consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento prima della revoca. Il mancato conferimento di tali dati non permetterà la comunicazione istituzionale tra Ordine e iscritto.

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/i diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenze altri elenchi previsti dalla legge
8. Indirizzo PEC: posta elettronica certificata (OBBLIGATORIA)
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

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

I dati relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere. I dati potranno inoltre essere comunicati a soggetti designati dal Titolare, in qualità di Responsabili, ovvero alle persone autorizzate al trattamento dei dati personali che operano sotto l'autorità diretta del titolare o del responsabile.

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

Non verranno trasferiti dati personali verso un paese terzo o organizzazioni internazionali.

**DIRITTI DELL'INTERESSATO:** L'interessato può far valere i diritti di cui agli artt. 15-21 del GDPR ovvero: il diritto all'accesso ai dati, di rettifica e di cancellazione (diritto all'oblio) degli stessi, di limitazione, di portabilità, di opposizione nonché il diritto a proporre reclamo dinanzi l'Autorità Garante. Le richieste dovranno pervenire al titolare del trattamento su evidenziato via mail all'indirizzo: [info@omceo-ra.it](mailto:info@omceo-ra.it)

Per presa visione:

Cognome e nome in stampatello: \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Manifestazione di consenso:

Il sottoscritto: \_\_\_\_\_

Letta l'informativa consegnatami che precede ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE GDPR N. 679/2016 (Protezione dati personali) , manifesta il suo libero ed esplicito consenso all'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna in relazione a:

- Conferimento dati facoltativi di i numeri di telefono, di fax o l'indirizzo di posta elettronica, altri indirizzi relativi allo studio o per la corrispondenza ed ulteriori dati comunque pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale all'Ordine, con consapevolezza che il mancato consenso potrebbe essere causa di disservizio non imputabile agli uffici:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

- Conferimento dati per ricevere le comunicazioni e le circolari presso il proprio indirizzo di posta elettronica (\*) (si intende la mail ordinaria – il conferimento della PEC è invece obbligatorio per legge) con consapevolezza che il mancato consenso potrebbe essere causa di disservizio non imputabile agli uffici:

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

NOTE e/o DICHIARAZIONI AGGIUNTIVE:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Data .....

Firma .....

**ELENCO DOCUMENTI DA ALLEGARE  
ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE  
ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI O ALL'ALBO ODONTOIATRI**

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE con CONTESTUALI AUTOCERTIFICAZIONI e INFORMATIVA PRIVACY (in bollo da € 16,00) (E' il presente modulo)
2. TESSERA SANITARIA E **CODICE FISCALE**.
3. DOCUMENTO di RICONOSCIMENTO VALIDO e non SCADUTO (**CARTA D'IDENTITA' , PASSAPORTO**)
4. **2 FOTO** FORMATO TESSERA
5. Marca da bollo da € 16 o autodichiarazione apposta (vedi oltre)

**IMPORTANTE**

Non si accettano domande di iscrizione non corredate dalla documentazione completa, dalle autodichiarazioni o autocertificazioni previste e bolli di legge.

Sulla domanda di iscrizione il **Consiglio delibera nel termine di tre mesi** (art. 8 DPR 5/4/1950 N. 221).

**Inoltro dell'istanza:**

- 1) Presso gli uffici dell'Ordine, presentandosi **PERSONALMENTE** muniti di documenti: TS, documento di identità valido e marca da bollo originale;
- 2) Per posta raccomandata con copia dei documenti suddetti e marca da bollo originale;
- 3) Per il tramite di terza persona con copia dei documenti di identità suddetti sia dell'iscritto/a che della persona terza delegata e bollo originale;
- 4) Per PEC tramite la propria PEC personale all'indirizzo PEC [segreteria.ra@pec.omceo.it](mailto:segreteria.ra@pec.omceo.it) (la domanda dovrà essere scansionata in modo leggibile, unitamente ai documenti suddetti e dichiarazione sostitutiva per marca da bollo compilata e firmata (vedi allegato)

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA PER MARCA DA BOLLO**  
(art. 47 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 – D.M. 10 novembre 2011)

Il /La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Consapevole delle sanzioni penali previste dall'articolo 76 del DPR n. 445/2000 e dall'articolo 483 del Codice Penale nel caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti e uso di atti falsi e avvalendosi della facoltà prevista dall'art. 3 del D.M. 10.11.2011

**DICHIARA**

**IMPORTANTE!**  
**Marca da bollo da**  
**annullare**  
**con una doppia**  
**barra e data**  
**tra la marca**  
**ed il riquadro**  
**del foglio**

che la marca da bollo n. \_\_\_\_\_  
del \_\_\_\_\_  
apposta nello spazio sottostante sull'originale della presente dichiarazione è  
stata annullata

Dichiara inoltre che ed è stata utilizzata per la seguente istanza:

L'originale della presente dichiarazione è custodito dal sottoscritto (con impegno di metterlo a disposizione per eventuali controlli e verifiche ai sensi di legge) presso il seguente indirizzo:

Indirizzo \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Località \_\_\_\_\_  
(La marca può essere depositata anche presso la sede dell'Ordine)

Luogo e Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

**La presente dichiarazione con la marca annullata, deve essere allegata in modalità telematica nella sezione "Allegati", in alternativa, inviata all'indirizzo PEC: [segreteria.ra@pec.omceo.it](mailto:segreteria.ra@pec.omceo.it) dalla propria PEC unitamente all'istanza da presentare. Allegare copia fronte e retro di un documento di identità valido.**

**Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ravenna**

Ente pubblico non economico sussidiario dello Stato istituito ai sensi del D.L.C.P.S. 13 sett.1946 n. 233 e s.m.i

✉ Via A. De Gasperi, 19 - 48121 RAVENNA - ☎ 0544/212625 - 📠 0544/32276

📧 info@omceo-ra.it - 📧 PEC: segreteria.ra@pec.omceo.it 🌐 www.omceo-ra.it C.F. 8000 81 50 395