



OMCeO
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

**MARCA da
BOLLO
€ 16**

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEGLI ODONTOIATRI di
BENEVENTO**

il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott.....
nato/a(Prov).....
il.....Codice Fiscal.....
Tel.....Cell.....
e-mail.....PEC.....

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA
ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000

- di essere nato/a aProv. il. / /
- di essere residente aProv. CAP.....
- in Via/P.zza n°.....
- di essere domiciliato aProv. CAP.....
- in Via/P.zza..... n°.....
- di essere cittadino/a
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria in data / /
- presso l'Università degli Studi dicon voto...../110.....
- anno di immatricolazione al corso di laurea.....
- [] di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessioneAnno.....
- con voto..... / presso l'Università degli Studi di

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 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 patteggiamento)*

di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

di NON ESSERE stato iscritto in altro Albo provinciale degli Odontoiatri

di ESSERE STATO iscritto in altro Albo provinciale degli Odontoiatri *(nel caso di precedente iscrizione ad altro Albo degli Odontoiatri indicare l'Ordine competente e produrre copia conforme del provvedimento di cancellazione)*

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Data / / firma _____

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE,

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).

- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.

- Si obbliga comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data// firma _____

Si allega alla presente:

a) fotocopia della tessera del codice fiscale o dichiarazione sostitutiva di certificazione e copia documento di identità;

b) una fotografia formato tessera da allegare alla domanda

c) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Ufficio del Registro di Pescara;

d) Versamento di € 180.00 quale Tassa Annuale di iscrizione all' Albo a mezzo di bollettino PAGOPA.

Per richiedere il bollettino con codice IUV da pagare, inviare una richiesta via mail [a info@ordinemedicibenevento.it](mailto:info@ordinemedicibenevento.it) secondo il modello allegato.



OMCeO
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del
T.U. - D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza :

È stata presentata personalmente dal sottoscrittore

___ è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del

sottoscrittore, dal Sig. _____ identificato a

mezzo di

;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del
sottoscrittore.

DATA

**Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza**

DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(art.16 legge comunitaria 21.12.1999 n°526 e art. 9 lettera i) – legge 11 gennaio 1979, n°12

DA COMPILARE SOLO SE SI E' RESIDENTI FUORI DALLA PROVINCIA DI
BENEVENTO

La/Il sottoscritto/o
Nata/o a.....Prov (_____),
il/ / Codice Fiscale:
Residenza anagrafica nel comune diProv (_____),
CAP..... Via/P.zza n°.....
svolgendo l'attività professionale in forma [] autonoma [] dipendente
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445.

DICHIARA

di avere stabilito il proprio domicilio professionale a:

Comune.....Prov (____), CAP

P.zza/Via n°

Tel e-mail..... @.....

Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al
GDPR

(Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione
viene resa.

Luogo e data...../ /

Firma

Questa dichiarazione è equivalente a "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" (art.47 del
D.P.R. 445/2000)



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

Spett. Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Della Provincia di Benevento

OGGETTO: Richiesta di adesione alla convenzione Ordine provinciale - Aruba per il
rilascio P.E.C. gratuita.

Il/La sottoscritt _ Dott. _____

Cod. Fiscale _____ E-mail _____

Iscritto Albo:

dei Medici-Chirurghi,

degli Odontoiatri,

CHIEDE

l'attivazione gratuita della PEC con il Gestore Aruba, autorizzando l'Ente a produrre - per suo nome e per suo conto- la necessaria documentazione richiesta consapevole che in caso di cancellazione dall'Albo la stessa sarà automaticamente disattivata a partire dall'anno successivo.

Benevento li, _____ Il Richiedente

Informativa Privacy

ai sensi del **Decreto Legislativo** 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in **materia di protezione** dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE **2016/679**) *il/la sottoscritto/a è informato/a che i propri dati personali saranno trattati dall'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Benevento con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati. I dati saranno comunicati alla Società Aruba e utilizzati per il disbrigo delle incombenze come su descritto, e da me richiesto.*

Benevento li, _____ Il Richiedente

.....

A cura dell' OMCeO

Sarà ordinata la casella PEC intestata a suo nome e cognome con estensione

@bn.omceo.it

La password sarà inviata a mezzo mail a seguito attivazione;

Si ricorda che per poter completare l' attivazione è necessario l'invio di un documento d'identità leggibile e il documento di attivazione ricevuto a mezzo mail firmato e leggibile all'indirizzo mail : info@ordinemedicibenevento.it

Benevento li, _____ Il Richiedente