

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI TREVISO**

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

**CHIEDE**

il trasferimento all' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
- di aver in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
- di esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in qualità di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all' Albo provinciale dei medici chirurghi di \_\_\_\_\_;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all'ENPAM;
- 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 non aver procedimenti e provvedimenti disciplinari in corso;
- di godere dei diritti civili.

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 di trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.L. 196/2003.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Data..... Firma.....

(Riservato all' Ordine)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI TREVISO**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_incaricato, ATTESTA, ai

sensi del DPR 445/2000 che il Dott./ssa \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in sua presenza l' istanza.

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

## **DA PRESENTARE CON LA DOMANDA DI TRASFERIMENTO**

1) Ricevuta del versamento di € 26,00 da effettuarsi nel c/c postale intestato a *Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Treviso* a mezzo di:

- bonifico: codice IBAN IT17E0760112000000013896311

- bollettino di c/c/p n.: 13896311

**ATTENZIONE: DALL'1.1.2019 SARANNO VARIATE LE MODALITÀ DI RISCOSSIONE DELL'ORDINE PERTANTO CONTATTARE GLI UFFICI DI SEGRETERIA PRIMA DI EFFETTUARE QUALSIASI VERSAMENTO**

2) Tesserino del codice fiscale

3) Documento personale (carta d'identità / patente / passaporto)

N.B.: La firma nella domanda deve essere apposta all'atto della sua presentazione avanti al dipendente dell'Ordine addetto a riceverla.

INFORMATIVA  
( D.Lgs. 196 del 30.6.2003)

Ai sensi e per gli effetti delle vigenti disposizioni di legge in tema di tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, l'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso La informa di quanto segue:

- ⇒ i dati da Lei forniti con la presente domanda saranno utilizzati dall'Ordine al solo fine di istruire la Sua domanda;
- ⇒ il conferimento da parte Sua dei dati anagrafici e di quelli atti a consentire l'istruttoria della pratica sono obbligatori ai sensi del D.P.R. 5.4.1950 n. 221;
- ⇒ i dati da Lei forniti con la presente domanda saranno registrati, conservati ed elaborati con l'ausilio di apposita procedura informatizzata. Non è assolutamente prevista alcuna forma di diffusione e di comunicazione (salvo quelle previste da espresse norme di legge), di cessione a terzi e nessun altro uso dei dati personali da Lei rilasciati, oltre quello stesso qui dichiarato;
- ⇒ in relazione al trattamento dei dati che Ella conferirà corre l'obbligo di informarla dei diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs. 30.6.2003 n. 196, che qui di seguito si riproduce integralmente:

**Art. 7**

**(Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti)**

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forme intelligibile.
  2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
    - a) dell'origine dei dati personali;
    - b) delle finalità e modalità del trattamento;
    - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
    - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
    - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
  3. L'interessato ha diritto di ottenere:
    - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
    - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
    - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
  4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
    - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
    - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.
- 
- ⇒ "Titolare" del trattamento è l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri con sede in Treviso - Via Cittadella della Salute n. 4 in persona del suo legale rappresentante pro tempore
  - ⇒ "Responsabile" del trattamento è il Segretario pro tempore dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Treviso.