

marca da bollo

**All'Ordine dei medici chirurghi e  
degli odontoiatri della provincia di  
A N C O N A**

Il/La sottoscritto/a,

(cognome) \_\_\_\_\_

(nome) \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione all'ALBO \_\_\_\_\_ di codesto Ordine.

*A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.*

**DICHIARA**

- di essere nato/a a ..... prov. ....il .....

- codice fiscale .....

- di essere residente in ..... prov .. .....cap.....

Via ..... Tel..... cell.....;

-indirizzo email:.....;

- di essere cittadino/a .....

- di aver conseguito il diploma di laurea in ..... il .....

presso l'Università degli Studi di .....

-di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione..... dell'anno.....

presso l'Università degli Studi di .....

-di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute rilasciato in data:

.....;

- 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 aver riportato condanne penali;  
(nel caso di condanne penali produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, **dichiara:**

- di **non essere** iscritto in altro Ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato, a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di **non aver** presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di **non essere** stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

-note: \_\_\_\_\_

**Il sottoscritto si impegna, inoltre a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.**

data, \_\_\_\_\_

Il/La Dichiarante  
(da apporre all'atto della sottoscrizione)

\_\_\_\_\_

**Si allega:**

- Attestazione versamento Tasse Concessioni Governative (Codice Tariffa 8617);
- Attestazione dei versamenti effettuati tramite MPAY della Regione Marche (QUOTA ANNUALE PRIMA ISCRIZIONE e TASSA ISCRIZIONE/TRASFERIMENTO) come riportato nel nostro sito, alla pagina Segreteria-modulistica;
- Una fotografia formato tessera;
- Fotocopia del codice fiscale;
- Decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale.

**SI RICORDA CHE :**

- sul versamento deve essere riportato il nome di colui a cui è intestata la domanda;*
- il versamento va presentato in originale e non in copia;*
- se la domanda viene spedita o presentata da altra persona deve essere accompagnata da una copia del documento di identità.*

**P.S.:** *Se indicato dal Ministero prima di procedere all'iscrizione l'Ordine, ai sensi dell'art. 7 Decreto legislativo 9/11/2007 n. 206, dovrà accertare la conoscenza della lingua italiana delle specifiche disposizioni che regolano l'esercizio professionale in Italia, come riportato nel decreto del Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, relativo al riconoscimento del titolo professionale.*

## **Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ancona**

### **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 Ancona con sede in Via Buonarroti 1 - 60125 Ancona, che agisce per il tramite del Consiglio Direttivo, nella persona del Presidente pro tempore Dr Fulvio Borromei. Per ulteriori informazioni può contattare l'Ordine al numero 071/200266 o scrivere al seguente indirizzo e-mail [segreteria@ordinemedici.ancona.it](mailto:segreteria@ordinemedici.ancona.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

Nel caso in cui ritenga che i Suoi dati personali siano stati trattati in modo non conforme alla normativa ha diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante per la protezione dei dati personali in Roma, Piazza Venezia n. 11, Centralino telefonico: (+39) 06.696771, e-mail: [garante@gpdp.it](mailto:garante@gpdp.it).

### 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.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

- **(facoltativo)** presto il mio consenso all'utilizzo della email, 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.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## **RICHIESTA PEC DELL'ORDINE PER NUOVI ISCRITTI**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_

IN VIRTU' DELLA RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DI ANCONA

DICHIARA

DI NON VOLERE USUFRUIRE DELLA PEC ORDINISTICA E COMUNICA CHE IL  
PROPRIO INDIRIZZO E' \_\_\_\_\_

ALTRIMENTI DI COMUNICARLO ENTRO E NON OLTRE 15 GIORNI ALL'INDIRIZZO  
MAIL DELL'ORDINE CON ALLEGATA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI  
RICONOSCIMENTO.

DI VOLER USUFRUIRE DELLA PEC ORDINISTICA E DI PROVVEDERE  
PERSONALMENTE AD ATTIVARLA CONTATTANDO LA **NAMIRIAL SPA**  
NOSTRO GESTORE PEC AI SEGUENTI RECAPITI:

Telefono 0714603800 E-mail [pec@namirial.com](mailto:pec@namirial.com) .

IL/LA SOTTOSCRITTO/A SI IMPEGNA INOLTRE A COMUNICARE OGNI EVENTUALE  
FUTURA VARIAZIONE RIGUARDO ALLA PROPRIA PEC.

ANCONA, \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_