

**ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI COSENZA**

\*\*\*\*\*

**DOCUMENTAZIONE DOPPIA ISCRIZIONE ALBO  
ODONTOIATRI**

**(MEDICI CHIRURGI CON ATTESTATO DI IDONIETA')**

1. Domanda in bollo come da fax simile allegato;
2. Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R.445/2000 come da fax simile allegato;
3. Fotocopia tesserino di attribuzione codice fiscale;
4. Ricevuta versamento di Euro 168.00 su c.c. postale n° 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara -Tasse Concessioni Governative.-
5. Copia Attestato di idoneita' per l'iscrizione all'albo degli Odontoiatri
6. Ricevuta versamento di € 184,00 Bonifico Banc. IBAN: IT49C0706216200000000122678 BCC Mediocrati intestato a: Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri Cosenza (oppure assegno banc. od assegno di c/c N.T.) per tassa iscrizione e contributo annuale dell' Ordine;
7. Una foto formato tessera sottoscritta dall'interessato/a.

N.B. La dichiarazione di cui al punto 2) può essere sostituita con i seguenti certificati in bollo:

- Certificato cumulativo di nascita, residenza e cittadinanza italiana;
- Certificato generale del Casellario Giudiziale;
- Certificato di laurea o fotocopia autenticata originale diploma di laurea;
- Certificato di abilitazione o fotocopia autenticata dell'originale;
- Attestato di idoneita' per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.-

Inoltre, per richiedere il tesserino dell'Ordine è necessario consegnare una seconda foto formato tessera e il versamento di Euro 5,00 all'incaricato amministrativo.

**FAX SIMILE DOMANDA**

**SPETT.LE ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI COSENZA**

Il sottoscritto....., nato a....., il..... e  
residente in .....,alla via....., n°.....  
(Tel. n°.....), (Cell. n°.....) (Cod. Fisc.....)  
(Indirizzo e-mail .....)(Indirizzo PEC .....)  
in possesso della Laurea in Medicina e Chirurgia, in possesso dell'abilitazione all'esercizio  
professionale di Medico Chirurgo, ed abilitato all'esercizio della professione di Odontoiatra ai  
sensi del D.Lgs. 386/98 e successive modifiche ed integrazioni:

CHIEDE

di essere iscritto all'albo degli Odontoiatri della Provincia di Cosenza.

Dichiara inoltre sotto la propria responsabilità:

- Di non essere iscritto in altro albo 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 essere stato cancellato per morosità e/o irreperibilità, né di essere stato radiato dal alcun altro albo provinciale;
- Di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica, o perdita di diritti;
- Di essere stato informato sulle finalità e sulle modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

Allega i seguenti documenti:

1. Dichiarazione sostitutiva di certificazione ai sensi del D.P.R. 445/2000 ;
2. Fotocopia tesserino di attribuzione codice fiscale;
3. Ricevuta versamento postale di Euro 168.00 per tasse concessioni governative effettuata sul c.c. postale n° 8003;
4. Attestato di idoneità per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri.

Cosenza, li.....

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE**  
**(AI SENSI DEL DPR 445/2000)**

Il sottoscritto Dr....., ai sensi e per gli effetti di cui al D.P.R. 445/2000, sotto la propria responsabilità ed edotto in merito alle conseguenze amministrative di cui all' art. 75 ed alle sanzioni penali di cui all' art. 76 dello stesso D.P.R. 445/2000 alle quali soggiace chi renda dichiarazioni mendaci o faccia uso di atti falsi e/o false attestazioni,

**DICHIARA**

- Di essere nato a.....il.....;
- Di essere cittadino italiano;
- Di essere residente in.....(cap.....), alla via.....n°.....;
- Di avere conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di....., in data....., con voti.....;
- Di essere abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo avendo superato l'Esame di Stato presso l'Università degli Studi di....., nella sessione.....;
- Di essere abilitato all' esercizio della professione di Odontoiatra avendo superato la prova attitudinale prevista dal D.L. 13.10.1998, n° 386 presso l'Università degli studi di .....in data.....
- Di non avere riportato condanne penali definitive e di non avere procedimenti penali in corso.

Cosenza, li.....

**IN FEDE**

.....

---

**ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA**  
**PROVINCIA DI COSENZA**

L'identità personale è stata accerta a mezzo.....n°.....

Rilasciato da....., in data.....

Cosenza, li.....

# ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI COSENZA

## Informativa ex art. 13 D.lgs. 30.06.2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

Egr. Dottore / Gent.ma Dottoressa

La informiamo che il D.lgs. 196/2003 prevede il diritto alla protezione dei dati personali.

L'Ordine, per espletare al meglio i suoi compiti istituzionali, ha evidentemente necessità di raccogliere, conservare e trattare, oltre ai *dati normativamente previsti (cognome, nome, luogo e data di nascita, cittadinanza, residenza, data di iscrizione all'albo, titolo di laurea e di abilitazione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data di rilascio, titoli di docenza, titoli di specializzazione con indicazione dell'autorità, del luogo e della data di rilascio)* che, in quanto pubblici, non necessitano di preventivo consenso, anche *ulteriori dati, personali (compresi dati "sensibili e giudiziari") inerenti l'attività professionale espletata (codice fiscale, domicilio, telefono, fax, email, codice ENPAM, attività professionale, anno, sessione e voto di laurea e di abilitazione, condanne penali riportate, procedimenti e sanzioni disciplinari, iscrizione ad elenchi speciali, numero e data rilascio tessere di riconoscimento ed iscrizione, crediti formativi ECM, partecipazione ad associazioni professionali, etc.)* in relazione ai quali tale consenso è, invece, necessario.

In ossequio alla legge sopra richiamata, anche il trattamento di tali dati - al pari di quelli raccolti, conservati e trattati per legge e, come tali, da considerarsi, ad ogni effetto, pubblici - si svolgerà nel rispetto dei Suoi diritti e delle libertà fondamentali, nonché della Sua dignità, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati stessi.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. 196/2003, pertanto, La informiamo che:

- a) I dati da Lei forniti o raccolti presso terzi, sono trattati nel Suo interesse **per perseguire i compiti e le funzioni istituzionalmente affidate all'Ordine**. In conformità ai requisiti di sicurezza richiesti dalla legge, il trattamento sarà effettuato, oltre che con l'utilizzo di materiale cartaceo, anche tramite sistemi informatici che potrebbero richiedere l'utilizzo di sistemi di trasmissione dati e reti di comunicazione elettronica, la cui sicurezza non è gestita dal titolare del trattamento;
- b) Il conferimento dei dati è facoltativo. Un eventuale rifiuto di consentire il trattamento di tali dati potrebbe però comportare l'impossibilità a perseguire le attività di cui al comma a);
- c) Il trattamento dei dati sensibili e giudiziari da parte dell'Ordine sarà effettuato solo ove necessario e strettamente indispensabile per svolgere l'attività istituzionale così come disciplinato nel Regolamento per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari dell'Ordine
- d) La comunicazione dei dati diversi da quelli sensibili e giudiziari sarà effettuata dall'Ordine nei limiti delle disposizioni di legge o di regolamento o quando risulterà comunque necessaria per lo svolgimento delle funzioni istituzionali

In tal senso tali dati potranno essere comunicati a:

- Federazione Nazionale Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri;
- Altri ordini Provinciali;
- Enti di assistenza e previdenza (Enpam, Inps, Inail, etc);
- Organismi di controllo, giustizia e pubblica sicurezza (Ministeri, Tribunali, Procure, forze di polizia e pubblica sicurezza etc,)
- Organismi sanitari pubblici (asl, ospedali, etc);
- Organismi sanitari privati (cliniche, laboratori di analisi, etc.) ed esercenti le professioni sanitarie (medici specialisti, farmacisti, etc);

limitatamente a quei dati ed operazioni indispensabili per perseguire le finalità di cui al comma a) e per il corretto e pieno esercizio del potere disciplinare e l'applicazione delle relative eventuali sanzioni, per come normativamente previsto.

Oppure, per le finalità che rientrano nei compiti del Servizio Sanitario Nazionale e organismi sanitari pubblici, potranno essere comunicati nell'ambito di attività di rilevante interesse pubblico, quali:

- attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione dei soggetti assistiti dal Servizio sanitario nazionale;
- attività di programmazione, gestione, controllo e valutazione dell'assistenza sanitaria;
- vigilanza sulle sperimentazioni, farmacovigilanza, attività certificatorie;
- applicazione della normativa in materia di igiene e sicurezza nei luoghi di lavoro e di sicurezza e salute della popolazione;
- instaurazione, gestione, pianificazione e controllo dei rapporti tra l'amministrazione ed i soggetti accreditati o convenzionati del Servizio sanitario nazionale.

Al solo fine di procedere alla riscossione del contributivo annuale d'iscrizione e per far fronte ad eventuali adempimenti fiscali, i dati personali saranno, inoltre, comunicati ai soggetti cui di volta in volta viene affidata la procedura di riscossione e allo studio di commercialisti al quale è affidata la gestione degli adempimenti. Infine, per l'eventuale comunicazione di tali dati a Suoi familiari, è necessario che, preventivamente ed ogni qualvolta ciò sia necessario, Ella proceda ad autorizzare per atto scritto il/i familiare/i designato/i alla ricezione di tale comunicazione;

- e) In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003. In particolare:
- 1) è Suo diritto ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile;
  - 2) Ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati;
  - 3) Ha inoltre diritto ad ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione, dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge;
  - 4) Ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati.

Il titolare del trattamento è l'ORDINE dei MEDICI CHIRURGHI e degli ODONTOIATRI della PROVINCIA di COSENZA Ente pubblico non economico

Presso la sede dell'Ente è a Sua l'informativa ex art. 13 D.lgs 196/2003, nonché l'elenco degli incaricati al trattamento dei dati, costantemente aggiornati;

## Prestazione del consenso per il trattamento dei dati personali e sensibili e giudiziari

Il/La sottoscritto/a, Dr./Dr.ssa

Cognome e nome

---

Data e luogo di nascita

---

Indirizzo di residenza

---

acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'art. 13 del D.lgs. n. 196/2003 sulle finalità e le modalità del trattamento cui sono destinati i dati, per come sopra riportate e delle quali ricevo copia, e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche dati "*sensibili*" e "*giudiziari*" di cui ho appreso il significato.

presta |  non presta      il consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento di quanto appreso dall'informativa,

Cosenza, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_

presta |  non presta      il consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti e nelle modalità apprese dall'informativa.

Cosenza, li \_\_\_\_\_

Firma leggibile \_\_\_\_\_