

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA**

(Alessandria, Via Pisacane 21 - Tel. 0131/253666 - Fax 0131/52455)

**Prospetto informativo e domanda**

**ADEMPIMENTI PER LA NUOVA ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI  
CON LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA O IN ODONTOIATRIA CON ESAME DI  
ABILITAZIONE PROFESSIONALE**

**E**

**DOMANDA NUOVA ISCRIZIONE ALBO PROFESSIONALE MEDICI CHIRURGHI CON LAUREA  
ABILITANTE IN MEDICINA E CHIRURGIA**

1. La domanda di iscrizione va effettuata sull'apposito modulo che segue comprensivo di autocertificazione da compilare IN CARATTERE STAMPATELLO completo di firma e marca da bollo.

L'interessato, nel contesto della domanda, può autocertificare:

- il luogo e la data di nascita;
- la residenza o il domicilio;
- la cittadinanza;
- l'assenza di condanne penali;
- il godimento dei diritti civili;
- il possesso del diploma di laurea abilitante della professione di Medico Chirurgo ai sensi del D.L. 18/17.03.2020, art. 102 ovvero – nel caso dei laureati in Odontoiatria – del diploma di laurea e titolo di abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra.

Tali disposizioni si applicano ai cittadini italiani e dell'Unione Europea. I cittadini di Stati non appartenenti all'Unione regolarmente soggiornanti in Italia, possono utilizzare le dichiarazioni sostitutive limitatamente agli stati, alle qualità personali e ai fatti certificabili o attestabili da parte di soggetti pubblici italiani.

2. Le domande mancanti anche di un solo dato non saranno accettate. È consigliabile verificare tutti i dati richiesti per evitare errori nell'autocertificazione.

3. Resta ferma la facoltà dell'interessato di presentare spontaneamente tutti i certificati e i documenti richiesti per l'iscrizione.

4. Alla domanda di iscrizione devono essere allegati:

- a) n. 2 fotografie a colori formato tessera;
- b) fotocopia del tesserino di codice fiscale;
- c) fotocopia documento d'identità; (\*)
- d) modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679;
- e) ricevuta del versamento della somma di € 250,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo da versarsi **ESCLUSIVAMENTE TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA.** (Vedi allegate ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE CON I RELATIVI DATI (NOME, COGNOME, C.F., IMPORTO, ECC.) AI FINI DEL PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE).
- f) attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara – Tasse di concessioni governative (codice tariffa 8617; causale Iscrizione Albo Professionale Medici Chirurghi o Odontoiatri).

**(\*) Si ricorda, in particolare, che sono equipollenti alla carta di identità (ai sensi dell'articolo 35, co.2, D.P.R. 445 del 2000):**

- **Il passaporto;**
- **La patente di guida;**
- **La patente nautica;**
- **Il libretto di pensione;**
- **Il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici;**
- **Il porto d'armi;**
- **Le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato**

**Con riferimento alla validità dei documenti, in particolare si ricorda che la carta di identità, ivi inclusa la carta d'identità elettronica (CIE), ha durata di dieci anni.**

*Non rientrano nella definizione di documenti di identità e di riconoscimento le tessere sanitarie (le quali sono state prorogate al 30 giugno 2020 dall'articolo 17-quater del decreto-legge n. 18 del 2020)*

5. La domanda, provvista di marca da bollo di € 16,00, degli allegati richiesti e delle ricevute originali dei versamenti, può essere inviata a mezzo di raccomandata a/r al seguente indirizzo: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria, via Pisacane n. 21 – 15121 Alessandria oppure, su appuntamento telefonico (0131-253666), consegnata a mano presso gli stessi uffici.

La Segreteria rimane a disposizione per eventuali ulteriori chiarimenti.

6. Responsabili del procedimento istruttorio relativo alle domande di iscrizione all'Albo sono il Segretario dell'Ordine, Silvio Roldi, e la Direttrice dell'Ordine, Ilaria Agosta.

Si allegano il modulo di consenso al trattamento dei dati personali con copia dell'informativa agli iscritti sulla privacy ai sensi del Regolamento UE 2016/79, nonché copia dell'art. 76 del DPR 445/2000 che prevede le norme penali in caso di dichiarazioni mendaci.

## **AVVISO**

**SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE LA NECESSITA' DI COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA' IN CASO DI INDICAZIONE DI DATI INESATTI.**

**IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, È FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE QUALSIASI CONDANNA, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.**

**SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.**

## Domanda nuova iscrizione Albi Professionali

marca  
da  
bollo

Al Signor PRESIDENTE  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
Via Pisacane, 21

ALESSANDRIA

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

### CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_ di codesto Ordine.  
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

### DICHIARA

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_;
- di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_;
- e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito la laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso  
(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione finale \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver conseguito la laurea abilitante in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione finale \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver acquisito il giudizio di idoneità in merito al tirocinio pratico-valutativo svolto post laurea;
- di aver svolto il tirocinio all'interno del corso di studi e di aver conseguito la valutazione del tirocinio pratico-valutativo;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione 1<sup>a</sup>  2<sup>a</sup>  \_\_\_\_\_  
(barrare) anno  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione finale \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essersi immatricolato al corso di laurea nell'anno \_\_\_\_\_ 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 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 (produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i 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 sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi o in altro albo provinciale degli odontoiatri oppure cancellato/a da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità ed irreperibilità, né di essere stato/a radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Ordine nazionale e di Paesi U.E.;
- di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione e si obbliga in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità ai sensi dell'art. 10 DLCPS 13 settembre 1946 n. 233 a darne comunicazione a codesto Ordine;
- 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;
- se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo (autocertificazione riservata unicamente ai medici in possesso anche del diploma di laurea in farmacia);
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Alla presente allega:

- 1 - attestazione versamento tassa concessione governativa di € 168,00 sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro operativo di Pescara - Tasse concessioni governative (codice tariffa 8617);
- 2 - n. 2 fotografie formato tessera;
- 3 - fotocopia in carta libera del tesserino di codice fiscale;
- 4 - fotocopia ricevuta del versamento della somma di € 250,00 per tassa annuale d'iscrizione all'Albo da versarsi ESCLUSIVAMENTE TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA. (Vedi allegate ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUUV CONTESTUALE ON LINE CON I RELATIVI DATI (NOME, COGNOME, C.F., IMPORTO, ECC.) AI FINI DEL PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE
- 5 - modulo di consenso al trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/79, firmato.

**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

\_\_\_\_\_

---

### **ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA**

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_

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

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza composta da due pagine.

Alessandria, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

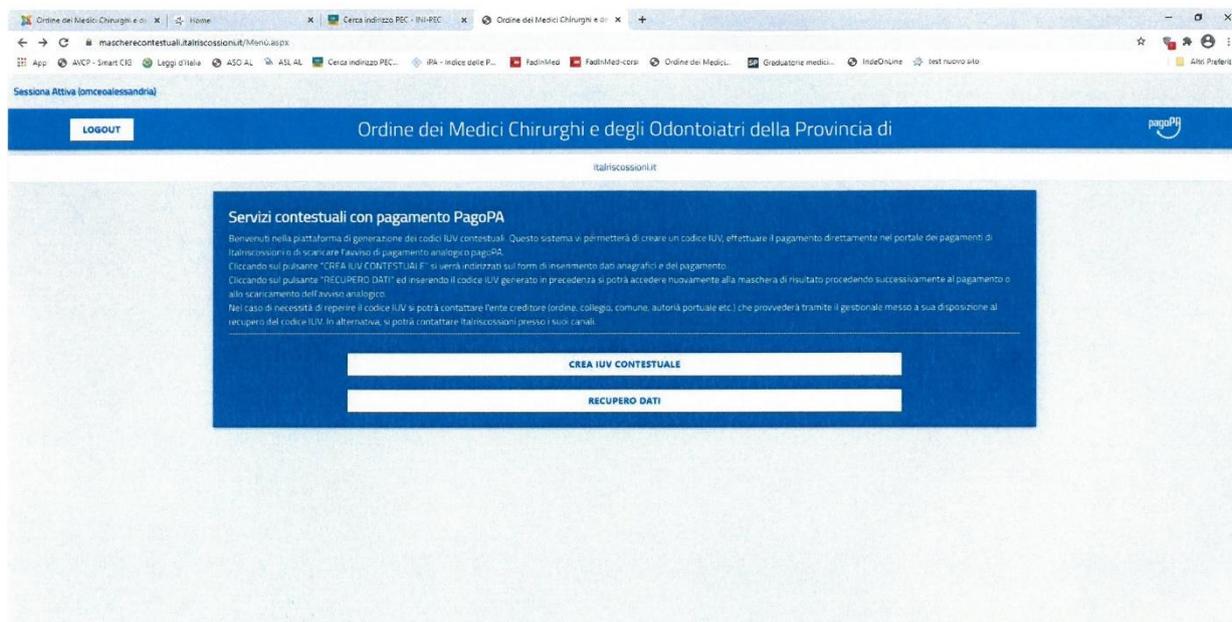
**Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.**

# ISTRUZIONI PER GENERAZIONE IUV CONTESTUALE ON LINE PER PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ORDINE

Link: <https://mascherecontestuali.it/riscossioni.it/Default.aspx?nome=omceoalexandria>

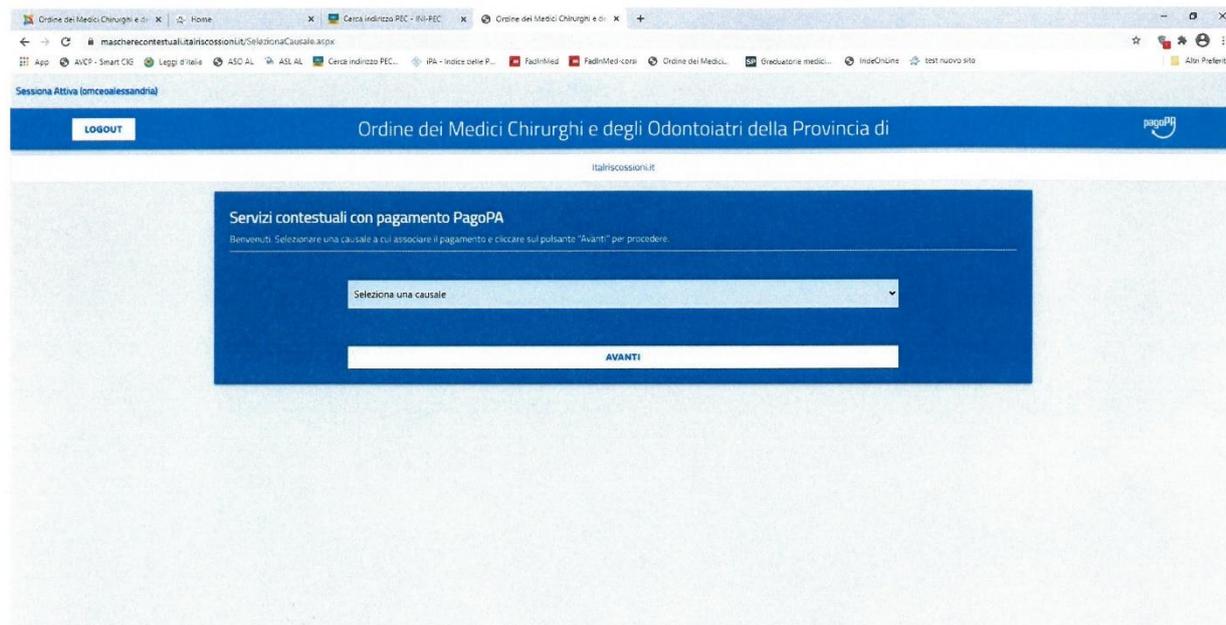
Tramite il link si accede alla sottoriportata pagina di accesso per la creazione dello IUV per il pagamento della quota dell'Ordine tramite il Sistema PagoPA.

Il medico dovrà cliccare sul tasto “CREA IUV CONTESTUALE”

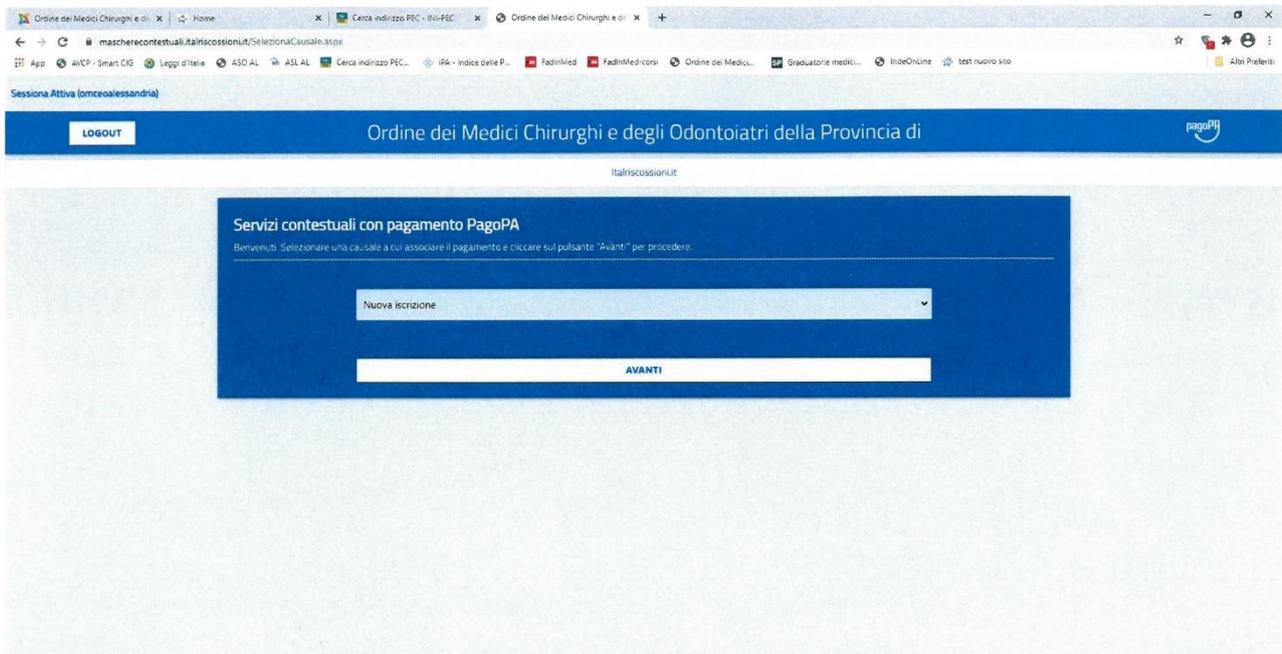


Il medico dovrà selezionare in alto nella tendina sottoriportata la causale scegliendola fra quelle esistenti:

- 1 – nuova iscrizione
- 2 – iscrizione STP
- 3 – prima duplice iscrizione

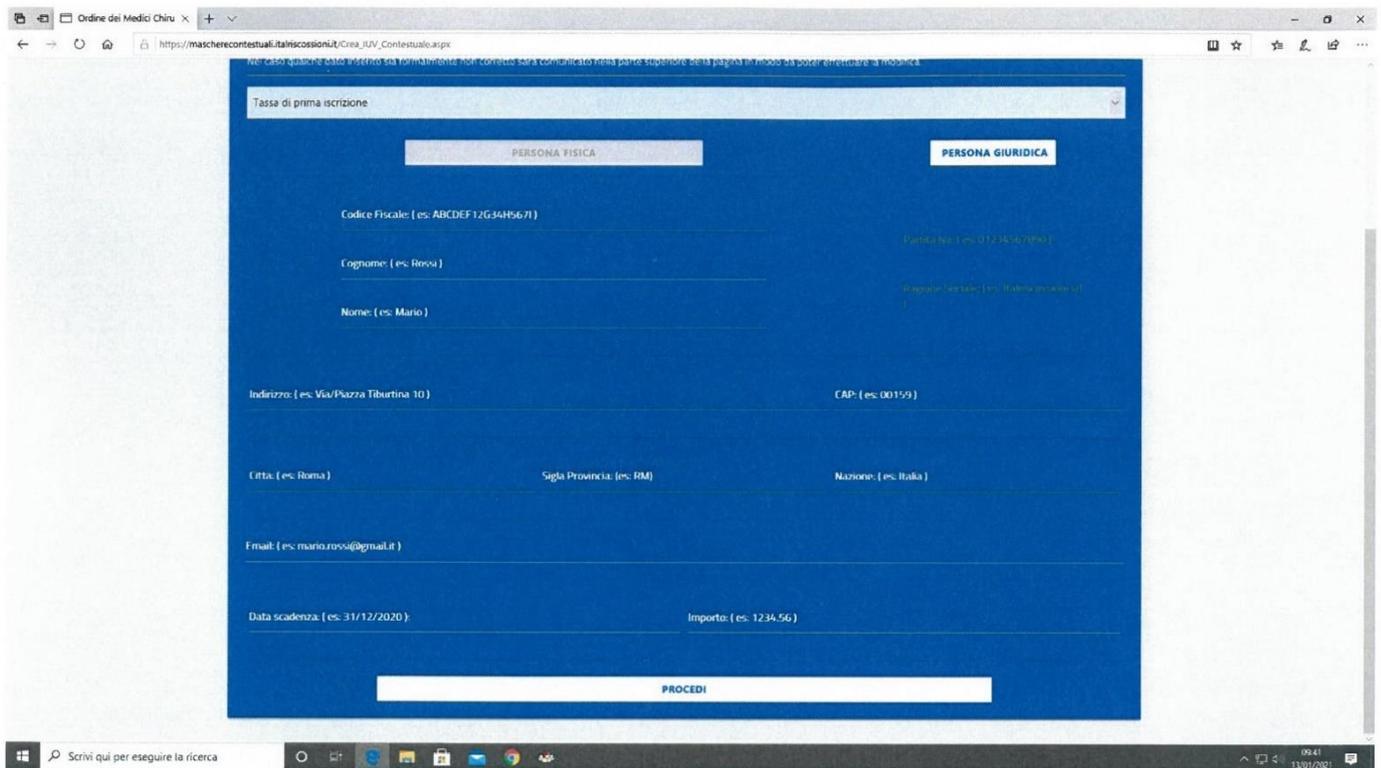


A questo punto occorre cliccare su AVANTI per proseguire con la compilazione della schermata



### SERVIZIO DI CREAZIONE IUV CONTESTUALE

Se il medico è una "PERSONA FISICA" selezionerà il bottone "persona fisica" e compilerà i campi della stessa schermata



Se invece è una società (STP), si selezionerà “PERSONA GIURIDICA” e si compilerà la maschera della persona giuridica

mascherecontestuali.it

https://mascherecontestuali.it/inscosioni/Creazione\_IUV\_Contextuale.aspx

Tassa di prima iscrizione

**PERSONA FISICA** PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale: (es. ABCDEF123456789010)

Cognome: (es. Rossi)

Nome: (es. Mario)

Partita Iva: (es. 01234567890)

Ragione Sociale: (es. Italicosioni srl)

Indirizzo: (es. Via/Piazza Tiburtina 10)

CAP: (es. 00159)

Città: (es. Roma)

Sigla Provincia: (es. RM)

Nazione: (es. Italia)

Email: (es. mario.rossi@gmail.it)

Data scadenza: (es. 31/12/2020)

Importo: (es. 1234,56)

PROCEDI

L'IMPORTO relativo alla quota è preimpostato in relazione alle causali:

- 1 – nuova iscrizione € 250,00
- 2 – iscrizione STP € 410,00
- 3 – prima duplice iscrizione € 226,48

La scadenza entro cui pagare lo IUV è già impostata (5 giorni dalla data di emissione). Entro tale data occorrerà pagare, pena l'annullamento dello IUV.

PERSONA FISICA PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale: (es. ABCDEF12G34H567I)

Cognome: (es. Rossi)

Nome: (es. Mario)

Partita Iva: (es. 01234567890)

Ragione Sociale: (es. Italicosioni srl)

Indirizzo: (es. Via/Piazza Tiburtina 10)

CAP: (es. 00159)

Città: (es. Roma)

Sigla Provincia: (es. RM)

Nazione: (es. Italia)

Email: (es. mario.rossi@gmail.it)

Data scadenza: (es. 31/12/2020)

Importo: (es. 1234,56)

06/02/2021 260

PROCEDI

Dopo la compilazione con tutti i dati si cliccherà su **PROCEDI**

Tassa di prima iscrizione

PERSONA FISICA PERSONA GIURIDICA

Codice Fiscale: ( es: ABCDEF12G34H567I )

Cognome: ( es: Rossi )

Nome: ( es: Mario )

Indirizzo: ( es: Via/Piazza Tiburtina 10 )

CAP: ( es: 00159 )

Città: ( es: Roma )

Sigla Provincia: ( es: RM )

Nazione: ( es: Italia )

Email: ( es: mario.rossi@gmail.it )

Data scadenza: ( es: 31/12/2020 )

Importo: ( es: 1234.56 )

PROCEDI

Apparirà una maschera di riepilogo in cui si troveranno indicati i dati anagrafici, il codice IUV e il codice QR.

Comparirà nella stessa schermata anche:

- Il tasto “procedi il pagamento tramite Itالرiscossioni”, cliccando il quale verrà rimandato al portale dei pagamenti di pagoPA per pagamenti on line;
- Il tasto “SCARICA AVVISO”, cliccando sul quale verrà scaricato il pdf dell’avviso **per effettuare il pagamento a sportello presso banche, tabaccherie, ricevitorie Sisal e Lottomatica**
- Nel caso in cui si volesse pagare tramite l’APP IO (scaricabile gratuitamente dalla Play Store di Google sul cellulare) è possibile inquadrare direttamente il codice QR che appare sulla schermata e seguire tutte le procedure.

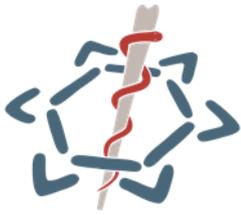
## STRALCIO

DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 28 dicembre 2000, n. 445.

**Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa. (Testo A)**

**Articolo 76 (L)***Norme penali*

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI  
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

**DICHIARA** di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

**FORNISCE ESPPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO**, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, \_\_\_\_\_

Firma  
\_\_\_\_\_

**Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:**

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria**

**Dott. Antonello Santoro**

**Via C. Pisacane, 21 Alessandria**

**Tel.: 0131.253666**

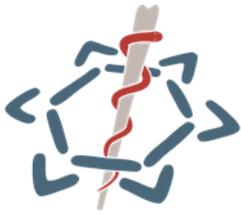
**Fax: 0131.52455**

**Email: omceo@ordinemedici.al.it**

**PEC: ordinemedicial@postacert.com**

**RPD: Nicolò Tartaglia**

**PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it**



**INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY  
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del **Regolamento UE 2016/679** ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

**Titolare del trattamento e dati di contatto** del responsabile della protezione dei dati:

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria**

**Dott. Antonello Santoro**

**Via C. Pisacane, 21 Alessandria**

**Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455**

**Email: omceo@ordinemedici.al.it**

**PEC: ordinemedicial@postacert.com**

**RPD: Nicolò Tartaglia**

**PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it**

**Base giuridica** del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

**Finalità del trattamento** dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

**Strumenti:** i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

**Soggetti abilitati** al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

**Destinatari** dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

**Diritti** dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Documento predisposto in data 25.05.2018. Aggiornato il 01.01.2021 con l'assunzione in carica del Dott. Antonello Santoro che diventa Titolare del Trattamento

Alessandria, 01 gennaio 2021

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO**  
**IL PRESIDENTE**  
*Dott. Antonello Santoro*