

Domanda di iscrizione sezione speciale albo STP

Marca da bollo

€. 16,00

Al Consiglio Direttivo dell'Ordine Provinciale dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri di Lucca

Via Guinigi 40

55100 Lucca

Oggetto: Domanda di iscrizione STP.

Il sottoscritto _____ nato a _____ (PROV. _____) il _____ C.F. _____, in qualità di legale rappresentante della Società tra Professionisti denominata _____, con sede legale in _____ via _____, tel. _____, email _____, email PEC _____, iscritta al registro delle imprese di _____ al n. _____ dal _____, avente come oggetto sociale _____,

chiede a codesto Consiglio Direttivo Provinciale, ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34, di iscrivere detta società nella Sezione Speciale dell'Albo di questo Ordine.

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato*:

1. atto costitutivo e statuto della società in copia autentica o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
2. elenco nominativo:
 - a) dei soci che hanno la rappresentanza;
 - b) dei soci iscritti all'Albo;
 - c) degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
3. certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
4. certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
5. dichiarazioni sostitutive rese ai sensi art. 47 D.P.R. n. 455 del 28/12/2000;
6. attestato di versamento della tassa di concessione governativa di €. 168,00, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Agenzia delle Entrate – centro operativo di Pescara – cod. tariffa 8617
7. marca da bollo di € 16,00
8. Ricevuta di pagamento della quota di iscrizione all'Albo (vedi modalità di pagamento seguenti)

Data _____

Firma _____

Il sottoscritto si impegna altresì a comunicare a questo Ordine, entro e non oltre il termine di 30 giorni, eventuali variazioni dell'elenco nominativo dei soci, allegando contestualmente la necessaria documentazione, pena il mantenimento attivo della STP.

Data _____

Firma _____

*Art. 40 D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 "Le certificazioni rilasciate dalla pubblica amministrazione in ordine a stati, qualità personali e fatti sono valide e utilizzabili solo nei rapporti tra privati. Nei rapporti con gli organi della pubblica amministrazione e i gestori di pubblici servizi i certificati e gli atti di notorietà sono sempre sostituiti dalle dichiarazioni di cui agli articoli 46 e 47".

MODALITA' DI PAGAMENTO

- 1) Tassa di iscrizione una tantum di €. 50,00 da versare con bonifico bancario.
- 2) Quota di iscrizione annuale della società di €. 300,00 + quota annuale per ogni singolo socio non iscritto a questo Ordine di €. 100,00, da pagarsi tramite bonifico bancario su Conto Corrente intestato a Ordine Dei Medici Di Lucca - IBAN: IT77A0569611000000011976X45 - Banca Popolare di Sondrio.

Informativa sul trattamento dei dati personali
(Regolamento UE 679/2016 - Art. 13 e modifiche approntate alla normativa nazionale relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Ex. D.Lgs n.101 del 10 agosto 2018))

L'Ordine Dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Lucca con sede in Via Guinigi, n.40 - 55100 Lucca (LU), informa di essere Titolare del trattamento, ai sensi degli articoli 4, n. 7) e 24 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 e alle modifiche approntate alla normativa nazionale relativa alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento di dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati (Ex. D.Lgs n.101 del 10 agosto 2018) e che i dati verranno trattati per le seguenti finalità, in via manuale e/o con il supporto di mezzi informatici e/o telematici con la collaborazione di soggetti (segretarie, etc.) espressamente nominati Addetti al Trattamento o Responsabili Esterni.

Come stabilito dal D.L. 172/2021, articolo 1, punto 6, i professionisti sanitari che si iscrivono per la prima volta all'Albo dell'ordine professionale territoriale, devono avere come requisito ai fini dell'iscrizione, l'adempimento all'obbligo vaccinale COVID-19, fino alla scadenza del termine di sei mesi a decorrere dal 15 dicembre 2021.

I dati personali e/o particolari (dati anagrafici, ciclo vaccinale effettuato) acquisiti durante il controllo dell'adempimento all'obbligo vaccinale Covid-19, verranno trattati per lo svolgimento delle funzioni istituzionali del suddetto Ordine e per finalità previste da leggi e regolamenti.

In un'ottica di assoluta trasparenza, l'Ordine informa l'interessato che la base giuridica per il trattamento dei Vs. dati personali si fonda sull'esecuzione delle operazioni utili e necessarie derivanti dall'iscrizione all'Albo del citato Ordine e quindi sul comma c) dell'Art. 6 del GDPR per cui il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento.

I dati da Lei forniti potranno essere comunicati (su supporto cartaceo o mediante strumenti informatici e telematici) a soggetti interni dell'Ordine ed eventualmente ad altri enti o soggetti per adempimenti amministrativi, legali e/o fiscali.

I Vs. dati potranno essere comunicati inoltre a seguito di ispezioni o verifiche (qualora richiesti), a tutti gli organi ispettivi preposti a verifiche e controlli inerenti la regolarità degli adempimenti di legge.

I dati personali conferiti potranno anche essere trasferiti al di fuori dello spazio comunitario e memorizzati nei sistemi informatici degli hosting di posta elettronica.

L'eventuale rifiuto di conferire i Suoi dati comporta l'impossibilità di procedere alle finalità descritte, ovvero l'iscrizione all'Ordine.

Ai sensi degli articoli 13 del Regolamento, si informa l'interessato che egli ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile, l'accesso a questi, la rettifica, la revoca del consenso e il diritto alla portabilità dei dati nei casi previsti.

L'interessato inoltre ha diritto di richiedere al Titolare del Trattamento l'identificazione dei soggetti destinatari dei dati e di proporre un reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale dell'Autorità su www.garanteprivacy.it.

L'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito inviando una mail a all'indirizzo segreteria.lu@pec.omceo.it

Si informa inoltre che i dati personali oggetto di Trattamento saranno conservati nel rispetto del principio di proporzionalità e comunque fino a che non siano state perseguite le finalità del trattamento. Il Titolare tratterà i dati personali per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra e comunque per una durata corrispondente a quanto previsto da norme disciplinanti l'ordine professionale.

Il Titolare del trattamento è l'Ordine Dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Lucca, con sede in Via Guinigi, 40 - 55100 Lucca (LU), contatto: 0583 467276.

Il Responsabile del trattamento è il Presidente Pro tempore dell'Ordine Dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Lucca.

Il Responsabile della Protezione dei Dati (RPD) è il Per. Ind. Nazareno Papucci, contatto: studioserafinisnc@pec.it

.....

Consente la comunicazione/trasferimento dei Suoi dati limitatamente agli ambiti specificati nell'informativa?

☐ Consento il trattamento ☐ Non consento

Per accettazione

FIRMA

Nome e Cognome Dott./Dott.ssa:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(Art. 7 Regolamento UE n. 679/2016)

In relazione all'informativa fornita ai sensi dell'art.13 del Regolamento 679/2016 e nell'ambito delle finalità sopra indicate, La preghiamo di voler esprimere il Suo consenso in merito a:

1. il trattamento dei Suoi dati personali identificativi nelle modalità e per le finalità indicate nell'informativa?

☐ Consento il trattamento

☐ Non consento

2. il trattamento dei Suoi dati particolari (art. 9 Regolamento UE n.679/2016) nelle modalità e per le finalità indicate nell'informativa?

☐ Consento il trattamento

☐ Non consento

3. la comunicazione dei Suoi dati personali, eventualmente anche quelli particolari (art. 9 Regolamento UE n.679/2016), agli eventuali soggetti esterni indicati nell'informativa ricevuta.

☐ Consento il trattamento

☐ Non consento

4. il trattamento dei Suoi dati personali, eventualmente anche quelli particolari (art. 9 Regolamento UE n.679/2016), per finalità integrative rispetto a quelle previste per legge dall'Ordine Dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri.

☐ Consento il trattamento

☐ Non consento

Luogo e data, _____

FIRMA _____