



QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'  
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina  
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI (STP)

### ISTRUZIONI

#### ELENCO DEI DOCUMENTI E DEI MODULI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE

- Domanda di iscrizione in bollo da €. 16,00 presentata dal Legale Rappresentante della Società. La Società tra professionisti è iscritta in una sezione speciale degli albi tenuti presso l'Ordine nella cui circoscrizione è ubicata la sede legale della Società, in relazione all'attività individuata come prevalente nello statuto o nell'atto costitutivo.
- Fotocopia del documento d'identità valido (del Legale Rappresentante e dei soci).
- Fotocopia Partita IVA e/o Codice Fiscale della Società
- 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.
- Elenco nominativo dei soci iscritti all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Latina, dei soci iscritti ad altri Ordini (con indicazione dell'Albo di appartenenza) e dei soci finanziatori, con indicazione della data di inizio attività.
- Certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi (o autocertificazione reperibile nel sito dell'Ordine mod. A15).
- Comunicazione di nomina del Direttore Sanitario (con firma per accettazione).
- Certificato di iscrizione nel registro delle imprese (come società inattiva). Entro 60 giorni da quando la STP inizierà l'attività economica, occorre inviare i dati relativi all'iscrizione nella apposita sezione speciale del registro delle imprese.
- Dichiarazione per ciascun socio di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34.
- Consenso al trattamento dei dati per ciascun socio.
- Versamento in contanti all'atto di presentazione della domanda di € 410,00.  
N.B: tale somma comprende la tassa di prima iscrizione una tantum pari a € 30,00 e la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 380,00. La tassa annuale per gli anni successivi verrà riscossa tramite modulo di avviso di pagamento (MAV), oppure su autorizzazione permanente di addebito in c/c (RID) il cui modulo (Mod. D06 R.I.D.) è a disposizione nella sezione "modulistica" della home page di www.ordinemedicilatina.it. La richiesta sarà inoltrata all'istituto bancario prescelto a cura dell'Ordine.
- Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00 effettuato sul conto corrente postale n° 8003 intestato a "Agenzia Entrate Centro Operativo Pescara Tasse concessioni governative". Tipo di versamento: Rilascio. Causale: iscrizione Albo Codice Tariffa 8617 .

**Attenzione: Le istanze prive della documentazione indicata non potranno essere accettate.**

La domanda ed i versamenti potranno essere effettuati personalmente oppure da un delegato (provvisto di delega scritta e fotocopia fronte/retro del proprio documento documento di identità e di quello del delegante) presso la Segreteria dell'Ordine.

**Codice in materia di protezione dei dati personali (D. lgs 30 giugno 2003, n. 196 e S.M.I. )**

All'atto della presentazione della domanda sarà consegnata l'informativa al trattamento dei dati personali ex articolo 13 D.lgs. 196/2003 e S.M.I.

Il Presidente  
Giovanni Maria Righetti

Per chiarimenti e/o ulteriori informazioni telefonare al numero verde 800 90 17 15 (linea diretta con il Presidente)



# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI (STP)

Di essere il legale rappresentante della Società tra Professionisti

Denominata

Con sede legale in Via

Città

Cap

Tel

PEC

Sito Web

e sede/i operativa/e in Via

(indicare se presenti anche sedi secondarie)

Città

CAP

Iscritti al registro delle imprese di

al numero

dal




Costituita fino al

(qualora nell'atto sia indicata una data di fine attività)

Avente come oggetto

con partita IVA e/o CF

di cui Direttore Sanitario (ove previsto) è il Dott.

nato/a a

prov.

giorno

mese

anno

codice fiscale

telefono

email

PEC

dalla data

(data nomina Direzione)

iscritto all'Ordine dei

Medici Chirurghi

Odontoiatri

di

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI (STP)

VISTO

**L'articolo 10 della Legge 12 novembre 2011, n. 18 e ai sensi degli articoli 8 e 9 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34**

CHIEDE

L'iscrizione della Società nella Sezione dell'Albo di Latina con decorrenza dalla data di decisione del Consiglio Direttivo

Oppure dal

/   /

**Allega alla presente la seguente documentazione:**

- Ricevuta contabile n.     del   /   /     €
- Attestazione di versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00
- Fotocopia del documento di identità valido (del Legale Rappresentante).
- Fotocopia Partita IVA e/o Codice Fiscale della Società.
- 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.
- Certificazione di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi (o autocertificazione ove prevista).
- Comunicazione di nomina del Direttore Sanitario (con firma per accettazione).
- Certificato di iscrizione nel registro delle imprese (come società inattiva).
- Dichiarazione di insussistenza di incompatibilità di cui all'art. 6 del D.M. 8 febbraio 2013 n. 34.
- Elenco nominativo dei soci iscritti all'Ordine di Latina, dei Soci iscritti ad altri Ordini (con indicazione dell'Albo di appartenenza) e dei soci finanziatori, con indicazione della data di inizio attività.

**Il sottoscritto, si impegna, entro 60 giorni da quando la STP inizierà l'attività economica, a comunicare i dati relativi all'iscrizione nella apposita sezione speciale del registro delle imprese.**

Data

Firma

**Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016**

Ai sensi dell'art 13 del Regolamento EU 679/2016, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina con sede legale in Piazza A. Celli, 3 Latina, titolare del trattamento, ad integrazione dell'informativa fornita, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di iscrizione della Società tra Professionisti all'Ordine. Il conferimento dei dati è necessario e in sua mancanza non potremmo realizzare le finalità su menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi. I dati personali saranno trattati per la durata della iscrizione all'Ordine e successivamente saranno conservati per assolvere ad obblighi di legge. I dati che non saranno diffusi, se non per rispondere ad obblighi normativi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il nostro Ente dovesse avvalersi per la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail [Dpo\\_ordinemedicilatina@protectiontrade.it](mailto:Dpo_ordinemedicilatina@protectiontrade.it). La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it).

## ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA

Il/La sottoscritto/a

incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 del DPR 28.12.2000, n. 445 che il Dottore/la Dottoressa

Cognome

Nome

identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

ha sottoscritto in mia presenza l'istanza. I dati anagrafici indicati nella domanda sono stati verificati mediante il suddetto documento (art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa).

data

/  /

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza



## Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016

Ai sensi dell'art 13 del Regolamento EU 679/2016, l'**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina** con sede legale in Piazza A. Celli, 3 Latina, titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di iscrizione della Società tra Professionisti all'Ordine. Il conferimento dei dati è necessario e in sua mancanza non potremmo realizzare le finalità su menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi. I dati personali saranno trattati per la durata della iscrizione all'Ordine e successivamente saranno conservati per assolvere ad obblighi di legge. I dati che non saranno diffusi, se non per rispondere ad obblighi normativi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il nostro Ente dovesse avvalersi per la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'unione europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail [Dpo\\_ordinemedicilatina@protectiontrade.it](mailto:Dpo_ordinemedicilatina@protectiontrade.it). La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it).

### Formula di consenso al trattamento dei dati

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver presa visione dell'informativa al trattamento dati personali del presente modulo, con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero ed informato consenso affinché il titolare proceda ai trattamenti dei propri dati personali come risultanti dalla presente informativa. Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali particolari vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Latina  
□□ / □□ / □□□□

Firma  
□□□□□□□□□□