



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI PRATO

Via Viareggio, 10 - 59100 Prato - Tel. 0574 37938 - Fax 0574 31641
presidenza@omceopo.org - segreteria@omceopo.org - odontoiatri@omceopo.org
presidenza.po@pec.omceo.it - segreteria.po@pec.omceo.it - odontoiatri.po@pec.omceo.it
www.omceopo.org - Codice Fiscale 92026220480

COMUNICAZIONE IMPORTANTE

Allo scopo di ottimizzare i processi di informatizzazione e di offrire all'utenza un servizio di comunicazione sempre più immediato e puntuale, questo Ordine ha deciso che, a decorrere dall'anno 2017, tutte le informazioni, comunicazioni, contatti, inviti, richiesta di adesione a convegni e/o corsi di formazione saranno inviate esclusivamente tramite e-mail personale, all'indirizzo di posta elettronica da Voi comunicato e non più in per posta cartacea. Rimangono escluse tutte le comunicazioni che, per legge, debbono essere obbligatoriamente inviate tramite posta tradizionale.

Siamo quindi a chiedere a tutti coloro che non hanno ancora comunicato alla segreteria dell'Ordine la propria e-mail abitualmente utilizzata, di farlo prima possibile, per poter ricevere tramite questo mezzo qualsiasi informazione dall'Ordine. Chi avesse più di una e-mail è pregato di fornire all'Ordine l'indirizzo e-mail che usa abitualmente.

Al fine di consentirci di provvedere all'aggiornamento degli archivi anagrafici, chiediamo la Vs. collaborazione attraverso la compilazione della scheda allegata e nella quale dovrete indicare i Vs. recapiti telefonici, gli indirizzi di posta elettronica (compresa la PEC) e il tipo di professione svolta. La scheda anagrafica, debitamente compilata e sottoscritta, dovrà essere restituita all'Ordine con una delle seguenti modalità:

- consegnata a mano presso la segreteria dell'Ordine
- per posta all'indirizzo dell'Ordine: Via Viareggio 10 - Prato
- per fax al n. 0574 - 31641
- per posta elettronica all'indirizzo: segreteria@omceopo.org

Si richiama l'attenzione sulla Posta Elettronica Certificata (PEC) e invitiamo tutti gli iscritti che ancora non si sono dotati di una casella PEC o che, pur avendola attivata, non hanno ancora comunicato all'Ordine il relativo indirizzo, di voler provvedere quanto prima.

La Legge n. 2 del 28.01.2009 ha infatti stabilito per tutti gli iscritti agli Ordini professionali, l'obbligo di dotarsi di un indirizzo di posta elettronica certificata (PEC) e di comunicarlo al proprio Ordine al fine di poter aggiornare l'indice nazionale degli indirizzi di posta elettronica certificata (INIPEC).

Ricordiamo che l'Ordine ha aderito alla convenzione stipulata dalla FNOMCeO con ARUBA e ha messo a disposizione, gratuitamente, una casella PEC a tutti gli iscritti che ne faranno richiesta.

Di seguito si riassume la procedura di attivazione:

- Accedere al portale Aruba PEC - Convenzioni
- Inserire il codice convenzione **OMCEO-PO-0035**
- Nella pagina successiva inserire codice fiscale, cognome e nome
- Il sistema verificherà che i dati inseriti corrispondano realmente ad un iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della provincia di Prato.
- Inserire i dati richiesti.
- La richiesta della casella PEC viene salvata e vengono inviati via email in PDF i documenti necessari alla sottoscrizione del servizio PEC.
- La casella sarà attivata solamente dopo la ricezione via fax (0575 862026) oppure on line tramite upload sul portale di Aruba (accedendo dall'area clienti), della documentazione sottoscritta allegando documento identità.

Attenzione: Tutte le caselle PEC in convenzione (sia quelle di nuova attivazione che quelle già ad oggi attive) verranno rinnovate automaticamente - ogni 3 anni - a spese dell'Ordine.

Agli iscritti che chiederanno il trasferimento ad altro Ordine o la cancellazione dall'albo, l'Ordine provvederà alla disattivazione della casella PEC.

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 46 e 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia
PRATO

Il/la sottoscritto/a _____ Codice fiscale _____

iscritto/a **Albo Medici Chirurghi** e/o **Albo Odontoiatri** con numero d'ordine _____

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, art.47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

Di essere residente a _____ cap _____ Via _____

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____

PEC _____

Di avere domicilio professionale a _____ cap _____ Via _____

Di voler indicare, come recapito postale, il seguente indirizzo (se diverso dalla residenza):

Via _____ Comune _____ Cap _____

Di svolgere l'attività come: (BARRARE I TIPI DI ATTIVITA' SVOLTE TRA QUELLE DI SEGUITO RIPORTATE)

- | | | |
|--|--|--|
| 1) LIBERO PROFESSIONISTA | 10) DIPENDENTE STRUTTURA PRIVATA | 19) LIBERO DOCENTE |
| 2) SPECIALISTA LIBERO PROFESSIONISTA | 11) DIRETTORE TECNICO | 20) RICERCATORE |
| 3) MEDICI MEDICINA GENERALE CONV. SSN | 12) DIRETTORE SANITARIO | 21) ASSISTENTE DI RUOLO AD ESAURIMENTO |
| 4) PEDIATRA CONVENZIONATO SSN | 13) MEDICO PENSIONATO dal _____ | 22) PROFESSORE INCARICATO STABILIZZATO |
| 5) SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO SSN | 14) MEDICO CONTINUITA' ASSISTENZIALE | 23) PROFESSORE STRAORDINARIO II FASCIA |
| 6) SPECIALISTA ESERCITANTE SSN | 15) PROFESSORE ORDINARIO | 24) RICERCATORE NON CONFERMATO |
| 7) OSPEDALIERO | 16) PROFESSORE STRAORDINARIO | 25) DIRETTORE GENERALE |
| 8) UNIVERSITARIO | 17) PROFESSORE ASSOCIATO | 26) CTU |
| 9) DIPENDENTE PUBBLICO | 18) PROFESSORE A CONTRATTO PER L'ANNO ACCADEMICO | 27) MEDICO SPECIALIZZANDO |

Di aver conseguito i seguenti titoli:

Specializzazione in _____

conseguita c/o l'Università di _____ in data _____

Master in _____

Conseguito c/o l'Università di _____ in data _____

Altri titoli: _____

In caso di variazioni dei dati su indicati, il/la sottoscritto/a, si impegna a darne tempestivamente comunicazione all'Ordine.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D.Lgs n.196 del 30.06.2003, a trattare i dati personali forniti, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, esclusivamente per attività istituzionali, consapevole che il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente che con mezzi informatici e telematici.

Luogo e data _____
N.B. Allegare fotocopia documento di identità

Firma _____