



Spett.le MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI
Direzione generale per la salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEI MEDICI AUTORIZZATI

Il/La sottoscritto/a _____
Nato/a _____ il _____
Codice Fiscale _____
Residente a _____ Via _____ n. _____
Domiciliato/a a _____ cap. _____ Via _____ n. _____
Telefono _____ Cell. _____ E-mail _____

essendo stato/a dichiarato/a abilitato/a dalla Commissione per l'iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati, di cui al decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro della salute e il Ministro dell'università e della ricerca, 4 maggio 2022, articolo 3, in data _____

CHIEDE

- di essere iscritto/a nell'elenco dei medici autorizzati;
 - di poter ricevere dall'Ufficio copia del certificato di iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati (campo facoltativo);
 - di poter ricevere ogni successiva comunicazione e il suddetto certificato di iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati al seguente indirizzo di Posta elettronica certificata (campo obbligatorio)
- _____;

A tal fine, ai sensi del d.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- 1) di essere cittadino/a italiano/a o altro _____ (specificare);
- 2) di godere dei diritti politici, di non aver riportato condanne per reati contro la pubblica amministrazione e contro la fede pubblica e di non essere stato/a interdetto/a;
- 3) di non essere stato cancellato dall'elenco dei medici autorizzati negli ultimi cinque anni.

Il/La sottoscritto/a è a conoscenza che in caso di dichiarazioni false e mendaci, sarà punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. Le dichiarazioni rese saranno oggetto di controlli, nei casi e nelle forme previsti dalla legge.

Ai sensi dell'art. 13 del Regolamento generale sulla protezione dei dati (Regolamento UE 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016), si informano i richiedenti che il trattamento dei dati personali, da essi forniti in sede di domanda di iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati ed acquisiti a tal fine dal Ministero del lavoro e delle politiche sociali, è finalizzato unicamente all'espletamento di detta iscrizione nell'elenco. Il trattamento avverrà a cura delle persone preposte a tale procedimento, appartenenti allo stesso Ministero, nei modi e nei limiti necessari per perseguire le già menzionate finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi. Il conferimento di tali dati è necessario per verificare i requisiti di iscrizione nel citato elenco e la mancata indicazione può precludere tale verifica. Ai richiedenti



sono riconosciuti i diritti di cui agli artt. 15 e ss. del citato Regolamento 2016/679, in particolare, il diritto di accedere ai propri dati personali, di chiederne la rettifica, la cancellazione, la limitazione del trattamento, nonché di opporsi al loro trattamento, rivolgendo le richieste al Responsabile della protezione dei dati personali del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Via Vittorio Veneto, 56 - 00187 Roma, mail: gdpr@lavoro.gov.it; PEC: gdpr@pec.lavoro.gov.it. Gli interessati che ritengono che il trattamento dei dati personali a loro riferiti avvenga in violazione di quanto previsto dal Regolamento hanno il diritto di proporre reclamo al Garante, come previsto dall'art. 77 del Regolamento stesso, o di adire le opportune sedi giudiziarie (art. 79 del Regolamento).

_____, Li ____

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile)

Si allega:

- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità e del codice fiscale.
- Attestazione del versamento della relativa tassa di concessione governativa di euro 168,00 -c/c 8003 - intestato all'Agenzia delle Entrate - tasse cc.gg. Pescara.
- Copia digitale della ricevuta di pagamento della marca da bollo tramite modello F24 (Codice tributo: 2501, Anno di riferimento: _____ e Importi a debito versati: 16,00) relativa all'istanza per l'iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati.
- In caso di richiesta di rilascio del certificato di iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati da parte dell'Ufficio, copia digitale della ricevuta di pagamento della marca da bollo tramite modello F24 (Codice tributo: 2501, Anno di riferimento: _____ e Importi a debito versati: 16,00) relativa al certificato stesso

Ovvero, in alternativa:

- Seriale della marca da bollo del valore di euro 16,00 (sedici/00) relativa all'istanza per l'iscrizione nell'elenco nominativo dei Medici autorizzati, da riportare nel seguente campo: _____
- In caso di richiesta di rilascio del certificato di iscrizione nell'elenco dei medici autorizzati da parte dell'Ufficio, seriale della marca da bollo del valore di euro 16,00 (sedici/00) relativa al certificato stesso, da riportare nel seguente campo: _____
- Modello di dichiarazione sostitutiva per marca da bollo debitamente compilato.