

Al **MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI**  
Direzione Generale dei rapporti di lavoro e delle relazioni industriali  
Divisione III  
dgrapportilavoro.div3@pec.lavoro.gov.it

## DOMANDA PER L'ISCRIZIONE NELL' ELENCO DEI MEDICI AUTORIZZATI

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_  
nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Domiciliat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_

essendo stat \_\_\_\_\_ dichiarat \_\_\_\_\_ abilitat \_\_\_\_\_ dalla Commissione d'esame di cui al decreto legislativo n. 101/2020, Allegato XXI, punto 4

### CHIEDE

- di essere iscritt \_\_\_\_\_ nell'elenco nominativo dei medici autorizzati;
- di poter ricevere ogni successiva comunicazione e il certificato di iscrizione nell'elenco nominativo dei medici autorizzati al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: \_\_\_\_\_

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

### DICHIARA

1. di essere cittadin \_\_\_\_\_ italian \_\_\_\_\_ altro (specificare) \_\_\_\_\_
2. di godere dei diritti politici e di non essere stat \_\_\_\_\_ interdett \_\_\_\_\_.

Il/La sottoscritt \_\_\_\_\_ è a conoscenza che, in caso di dichiarazioni false e mendaci, sarà punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia.

Ai sensi dell'articolo 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 presentazione della 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 tale attività ed avverrà a cura delle persone preposte a tale procedimento, appartenenti allo stesso Ministero, nei modi e nei limiti necessari per perseguire la predetta finalità, anche in caso di eventuale comunicazione a terzi.

Ai richiedenti sono riconosciuti i diritti di cui agli articoli 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](mailto:gdpr@lavoro.gov.it); PEC: [gdpr@pec.lavoro.gov.it](mailto: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'articolo 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:

- Fotocopia 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

E, inoltre:

- 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 nominativo dei Medici autorizzati
- 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 che rilascerà l'Ufficio

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: \_\_\_\_\_
- Seriale della marca da bollo del valore di euro 16,00 (sedici/00) relativa al certificato che rilascerà l'Ufficio, da riportare nel seguente campo: \_\_\_\_\_
- Modello di dichiarazione sostitutiva per marca da bollo debitamente compilato
- Copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.