



DOMANDA TESSERAMENTO SOCIO ONORARIO

Al Presidente
del Collegio dei Docenti Universitari
di discipline Odontostomatologiche
Prof. Roberto Di Lenarda

Il/La sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ CAP _____

Via _____ nr. _____

E-mail _____

Cell. _____ Tel. _____

CHIEDE

di essere tesserato al Collegio Docenti Universitari di discipline Odontostomatologiche in qualità di SOCIO ONORARIO

DICHIARA

- di aver preso visione dello Statuto e di osservare le disposizioni ivi contenute, con particolare riferimento ai diritti e doveri del tesserato;
- di essere orientato a proseguire e indirizzare la propria condotta di vita ai valori dell'onestà, dell'integrità, della probità, della lealtà, della correttezza, della dignità e della giustizia, nonché al rispetto di tutti i principi, anche etici e morali, che devono contraddistinguere il comportamento dell'iscritto al CDUO;
- di non abusare della qualifica che acquisirà per trarne privilegi e/o vantaggi, patrimoniali e non patrimoniali, e rifiutare ogni logica di scambio e/o indebite pressioni da parte di chiunque;
- ai sensi dell'Art.46 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445, di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di procedimenti incidenti sulla moralità professionale;
- di non esercitare in proprio attività né di essere iscritto ovvero d'isciversi a un ente con finalità e compiti concorrenti e/o in contrasto con quelli del CDUO.

DICHIARA

- altresì, di aver preso visione dell'informativa sulla *privacy* rilasciata dal CDUO, ai sensi dell'art.13 del Regolamento Europeo 679/2016, *c.d. G.D.P.R.* e di acconsentire al trattamento dei propri dati personali - su base giuridica consensuale - i quali verranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali del CDUO medesimo.

DICHIARA

- infine, di essere consapevole che, in caso di dichiarazioni mendaci o non veritiere rilasciate nel contesto della presente domanda e nei documenti ad essa allegati, incorrerà nelle sanzioni penali previste dall'Art.76 del DPR n.445/2000, oltreché decadere dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in base alle dichiarazioni non veritiere

_____, li ____/____/____

Firma: _____

Data accoglimento domanda ____/____/____

Per autorizzazione iscrizione

(Firma del Presidente)