

DOMANDA DI ISCRIZIONE

ALBO ODONTOIATRI

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs.196/2003. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D.Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a

All'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di _____
Il sottoscritto/a Dott/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'albo degli odontoiatri di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato _____ prov. _____ il _____
- residente in _____ prov. _____ cap _____
- in via _____ tel. _____
- codice fiscale _____ cittadino _____
- di stabilire il domicilio professionale in Via _____ Pr _____ cap _____
- Indirizzo pec _____

- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale il _____ presso l'Università degli Studi di _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'albo degli Odontoiatri (corso di formazione D. Lgs. 386/98)
- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____

- di essere specialista in _____
(iscrizione avvenuta prima del 31/12/1994)
- di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980;

1. Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
2. Di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
3. Di non aver riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
4. Di non aver riportato condanne penali;
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. Inclusive le sentenze di patteggiamento)
5. Di godere dei diritti civili;
6. Di non essere interdetto inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Per Prima Iscrizione

Il sottoscritto dichiara:

- Di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici Chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- Di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Iscrizione per trasferimento

Il sottoscritto dichiara:

- Di provenire dall'Ordine dei Medici di _____ dal _____ n _____
- Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti _____
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM;

Reiscrizione

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici di _____ dal _____ n _____

- Di non essere stato cancellato per morosità ed irripetibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;

Iscrizione cittadini EU

Il sottoscritto dichiara:

- Di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale;
- Di possedere il certificato di Good Standing che allega;

Iscrizione cittadini EXTRA-UE

Il sottoscritto dichiara:

- di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale;
- di essere stato iscritto al Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero;
- di non essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero;
- di possedere il Decreto di riconoscimento del ministero della Salute da presentarsi in originale;

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Data _____

(*)FIRMA _____

(*) se la firma non viene dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di _____

Il sottoscrittoincaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il Dott./ssa _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

DOCUMENTAZIONE PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da € 16,00 – DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.
- 2) **CERTIFICATO GENERALE del CASELLARIO GIUDIZIALE**; se si allega il documento dovrà essere in bollo da € 14,62 (si chiede presso il Tribunale);
oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già inserita nel modulo;
- 3) CERTIFICATO DI **LAUREA** IN MEDICINA E CHIRURGIA (da chiedere in Segreteria di Facoltà);
oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già inserita nel modulo;
- 4) Copia autenticata in CARTA SEMPLICE del CERTIFICATO DI ABILITAZIONE all'esercizio professionale o del sostitutivo oppure AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA già presente nel modulo (l'autentica è fattibile anche dal personale di segreteria);

*** LE AUTOCERTIFICAZIONI SONO PARTE INTEGRANTE DEL MODULO DI ISCRIZIONE, NON C'E BISOGNO DI ULTERIORI MARCHE DA BOLLO

- 5) Fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE (carta libera);
- 6) Due foto formato tessera;
- 7) Attestazione del pagamento di Euro 168.00 di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003;
- 8) Ricevuta del pagamento della quota di iscrizione all'Albo che ammonta ad € 120.00; (Segreteria)
Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso cartella esattoriale emessa dall'ufficio competente per la riscossione dei tributi (codice 540);
- 9) Per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso di soggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine.
- 10) fotocopia documento di riconoscimento

(*)per i Medici in possesso dei requisiti per ottenere la **CONTEMPORANE ISCRIZIONE AI DUE ALBI**, si prega di chiedere le necessarie informazioni direttamente presso la Segreteria.

***PER ULTERIORI INFORMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO.

TELEFONI 0865-26282