

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DI CROTONE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

..L.. SOTTOSCRITT. DOTT.....  
 NATO A..... (PROV ..... ) IL .....  
 CITTADINO ..... RESIDENTE IN ..... (PROV ..... )  
 C.A.P..... VIA .....  
 TEL ..... CELL ..... INDIRIZZO E MAIL.....  
 CODICE FISCALE .....

**CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI CODESTO ORDINE.**

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, **DICHIARA**, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

**DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA**

IL.....CON VOTI ..... PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
 DI ..... DI AVER CONSEGUITO L'ABILITAZIONE NELLA  
 SESSIONE DI ..... CON VOTI.....PRESSO  
 L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI.....

**DICHIARA INOLTRE DI:**

**NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI;**

**AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI;**

(NEL CASO DI CONDANNE PENALI INDICARE LE STESSE E PRODURRE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE IN COPIA CONFORME ANCHE QUALORA SIANO STATI CONCESSI I BENEFICI DELLA SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA E DELLA NON MENZIONE DELLA CONDANNA NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE. LA DICHIARAZIONE DEVE INERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO).....

**NON ESSERE INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE;**

**NON ESSERE STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE;**

**.L. SOTTOSCRITT. DICHIARA DI NON ESSERE MAI STATO ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL TERRITORIO NAZIONALE (DIVERSAMENTE INDICARE DOVE E QUANDO).....**

**DI NON ESSERE IMPIEGATO IN UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IL CUI ORDINAMENTO VIETI L'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE;**

**CHE IL PROPRIO RAPPORTO DI LAVORO È A TEMPO PARZIALE CON ORARIO NON SUPERIORE ALLA METÀ DI QUELLO ORDINARIO.**

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

*Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

---

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del Sig.

(Timbro e firma del funzionario)

---

**ALLA DOMANDA SI DOVRÀ ALLEGARE:**

a) ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00=, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA;

b) 2 FOTOGRAFIE A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE

*SI DOVRÀ CORRISPONDERE INOLTRE ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA LA QUOTA PER L'ISCRIZIONE.*

**La quota di iscrizione pari a €154.94, dovrà essere versata al momento della presentazione della domanda** a mezzo di Bonifico bancario intestato all'Ordine Provinciale di Crotona dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, presso Banco di Napoli, IBAN IT41 A010 1022 2000 0002 7003 619.

Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà al sanitario la quota versata.

Per gli anni successivi il tributo annuale è di € 148,50 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale.

N.B. QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODELLO

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

identificato con documento \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma del Funzionario

Ricevuta contabile n .....del

ALLEGATI:

Attestazione di versamento della tassa  
sulle concessioni governative (€168,00=) [ ]

N. 1 fotografia, identica a quella utilizzata per  
l'identificazione, da utilizzare per predisporre il tesserino [ ]

Altri atti consegnati e/o rilevazione note