

## 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 AI SENSI DELL'ART. 9, LETTERA e) DLCP S 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA LEGGE 362/91,  
DI OTTENERE **L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI CROTONE

**ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI [ ]**

**ALBO DEGLI ODONTOIATRI [ ]**

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:

**MEDICINA E CHIRURGIA (\*)**

DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN

**ODONTOIATRIA**

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 ..... IMMATRICOLATO  
NELL'ANNO ACCADEMICO .....

A TAL FINE DICHIARA DI:

ESSERE TUTT'ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI.....

NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DAL..... CON NUMERO DI POSIZIONE .....

NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL..... CON NUMERO DI POSIZIONE .....

di aver variato la propria residenza dal Comune di ..... (prov..... ) Via

..... n..... c.a.p .....

A) svolgere la propria attività quale:

a) medico di medicina generale ...  b) libero professionista N. partita IVA (.....)

con studio in ..... Via..... Tel .....

e) pediatra di libera scelta n d) specialista convenzionato esterno

*oppure*

di esercitare attività convenzionata presso il presidio di:

(Azienda U.S.L..... ) Via..... n..... Tel.  
.....per la:

e) medicina dei servizi       f) guardia medica       g) specialistica ambulatoriale  
oppure

di esercitare quale medico/odontoiatra dipendente presso la seguente Amministrazione o  
Struttura .....  
Sede in ..... Via ..... n.....  
Telefono.....

di esercitare quale medico/odontoiatra che opera presso la seguente struttura privata  
(convenzionata e non) con rapporto di collaborazione coordinata e continuativa  
Sede in Via .....n.....Tel.....

**DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA:**

presso la residenza       presso la sede dell'attività professionale (domicilio)

**DICHIARA INOLTRE DI:**

- NON ESSERE** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- NON ESSERE** stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- NON ESSERE** a conoscenza di processi penali in atto presso organi giurisdizionali;
- ESSERE A** conoscenza di processi penali in atto presso organi giurisdizionali (tribunale, corte d'appello, ecc.);

(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** sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- ESSERE** sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza (indicare gli estremi del processo -numero e autorità) .....
- NON ESSERE** sottoposto a procedimenti disciplinari pendenti;
- ESSERE** sottoposto a procedimenti disciplinari pendenti presso l'Ordine di.....;
- ESSERE**  **NON ESSERE** in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine (TRIBUTO 540)
- ESSERE**  **NON ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Enpam (TRIBUTO 539); *Nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà ovviamente dichiarare di essere in regola con il pagamento del Tributo 539*

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA INOLTRE:**

- 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.

**[ ] Se trattasi di cittadino extracomunitario:**

dichiara di essere in regola con il permesso di soggiorno come da documentazione allegata;

**IL SOTTOSCRITTO E' 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'alt. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig. \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del funzionario)

---

**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:**

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

Altri atti consegnati e/o rilevazione note \_\_\_\_\_

**ALLA DOMANDA SI DOVRÀ ALLEGARE:**

N. 2 FOTOGRAFIE A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE.

*SI DOVRÀ CORRISPONDERE ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELL'ISTANZA:*

**la quota di iscrizione di € 154.94 che dovrà essere versata al momento della presentazione della domanda** a mezzo di Bonifico bancario intestato all'Ordine Provinciale di Crotone dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, presso San Paolo Banco di Napoli, CC 27/3619, ABI 1010, CAB 22200. 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 per gli iscritti all'**Albo dei Medici Chirurghi** è di € 148,50 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale.

Per gli anni successivi il tributo annuale per gli iscritti al **solo Albo degli Odontoiatri** è di € 148,50 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale.

Per gli anni successivi, per i **doppi iscritti**, il tributo annuale per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri è di € 121,00 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale insieme al tributo annuale di € 148,50 dovuto per l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi.

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

(\*) A SEGUITO DI QUANTO È SANCITO DALL' ART. 4 D.LGS 08.07.2003, N. 277 CIRCA LE MODIFICHE ALLA LEGGE 24.07.1985, N. 409 - ART. 20 RELATIVA ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA, L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI È CONSENTITA:

- AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;
- AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980; O AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI DOPO IL 28.01.1980 ED ENTRO IL 31.12.1984 CHE HANNO SUPERATO LA PROVA ATTITUDINALE DI CUI AL D.LGS. 13.10.1998, N. 386;
- AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ NEGLI ANNI ACCADEMICI COMPRESI TRA L'A.A 1980-81 E L'A.A. 1984-85 SPECIALISTI IN: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOGNATODONZIA.