

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 VOTIPRESSO
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 Vian.....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.

(*) 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.