

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'ORDINE DI CODESTA PROVINCIA

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 OTTENUTO IL RICONOSCIMENTO DEL
TITOLO DAL MINISTERO DELLA SALUTE IL CON DECRETO N°

DICHIARA INOLTRE DI:

☐ **NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI;**

☐ **AVERE 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 M AI 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 E' 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.

Funzionario

ALLA DOMANDA SI DOVRÀ ALLEGARE:

- a) COPIA DEL DECRETO DI RICONOSCIMENTO DA PARTE DEL MINISTERO DELLA SALUTE.
- b) 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;
- c) N. 2 FOTOGRAFIE A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE
- d) ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 154,94 DA PAGARSI A MEZZO BONIFICO BANCARIO IBAN : INTESA SAN PAOLO IT 34 P030 6909 6061 0000 0107315

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.

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