

marca da
bollo € 16,00



ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI IMPERIA
Via Felice Cascione 7 - 18100 Imperia

La/Il sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione al

ALBO MEDICI CHIRURGHI

ALBO ODONTOIATRI

di codesto Ordine Professionale.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, la/il sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- di essere nata/o a _____ Prov. _____ Il _____

- di avere Cittadinanza: _____

- Codice fiscale _____

- di essere residente in Via _____ n. _____

- Città _____ Cap _____ Prov. _____

- Tel. Fisso _____ Cell. _____

- E-mail _____ P.E.C. _____

- domicilio presso cui inviare eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza):

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____

- di aver superato l'esame di Abilitazione professionale nella _____ sessione anno _____ presso l'Università
degli Studi di _____ con voto _____ oppure

di aver conseguito Laurea con valore Abilitante

La/Il sottoscritta/o, inoltre, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e/o di aver riportato condanne penali*: specificare _____

(* 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 riferirsi anche alle sentenze di patteggiamento).

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali; ovvero di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: specificare _____

- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

- di non essere iscritta/o in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegata/o a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione

- di non essere stata/o cancellata/o per morosità ed irreperibilità né di essere stata/o radiata da alcun Albo provinciale

- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro Organo Giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti

- di essere stata/o informata/o sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 (informativa scaricabile dal sito internet al seguente link: <https://www.omceoim.it/professione/professione-medica/notizie-dell-ordine/268-informativa-trattamento-dati-personali-art-13-reg-ue-2016-679.html>)

IN CASO DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

- di essere iscritta/o all'Ordine _____ della provincia di _____
dal _____ al N. _____

- di non avere procedimenti disciplinari in corso

- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e delle quote contributive all'ENPAM

IN CASO DI REISCRIZIONE

- di essere iscritta/o all'Ordine _____ della provincia di _____
dal _____ al N. _____

- di non essere stata/o cancellata/o per morosità e irreperibilità né di essere stata/o radiata/o da alcun albo provinciale

IN CASO DI ISCRIZIONE CITTADINI UE

- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale
- di possedere il certificato di good standing che allega

IN CASO DI ISCRIZIONE CITTADINI EXTRA UE

- 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 è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE

Riconoscimento effettuato mediante

Carta identità

Patente

Passaporto

numero _____ rilasciato da _____

il _____

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del funzionario incaricata/o a raccogliere la presente domanda.

Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza

ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE PER L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI

1) Domanda in bollo da € 16,00, redatta secondo il modello sopra indicato, compilata in ogni singola voce (la firma di sottoscrizione deve essere leggibile e apposta per esteso);

2) SOLO PER LE NUOVE ISCRIZIONI: Attestazione del versamento della Tassa sulle Concessioni Governative di € 168,00 da effettuarsi sul c/c postale n. 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara; nella causale specificare: "***Tassa Iscrizione Albo Medici di Imperia***" ovvero "***Tassa Iscrizione Albo Odontoiatri di Imperia***"

3) Versamento di € 208,00 da effettuare attraverso apposito "avviso di pagamento" - canale PagoPA - generato in sede all'atto della richiesta di iscrizione (possibilità di pagamento in loco con bancomat e/o carta di credito o presso tutti i canali abilitati "PagoPA").

4) N. 1 foto tessera;

5) Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità;

6) Fotocopia del Codice Fiscale;

7) PEC, se già posseduta.