



# ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI IMPERIA

Marca da bollo € 16,00

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 e 8 del D.Lgs. 196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi a OMCeO Imperia.

All'Ordine dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di **IMPERIA**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all'Albo dei Medici chirurghi di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_

cap. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_

di aver conseguito il Diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_  
di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_  
di stabilire il domicilio professionale in \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_  
indirizzo email \_\_\_\_\_  
indirizzo PEC \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di aver riportato condanne penali;  
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

**Per prima iscrizione**

Il sottoscritto dichiara:

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

### **Iscrizione per trasferimento**

Il sottoscritto dichiara:

- di essere iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

### **Reiscrizione**

Il sottoscritto dichiara:

- di essere iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale

### **Iscrizione cittadini UE**

Il sottoscritto dichiara:

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

### **Iscrizione cittadini extra UE**

Il sottoscritto dichiara:

- 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 si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

DATA \_\_\_\_\_

(\*) FIRMA \_\_\_\_\_

(\*) Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere autenticata nei modi previsti dalla Legge.

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

---

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di IMPERIA

Il sottoscritto .....incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il Dott./ssa \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

---

**DOCUMENTAZIONE PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

- 1) **DOMANDA – AUTOCERTIFICAZIONE** con marca da bollo da € 16,00 – DA COMPILARE E FIRMARE PRESSO LA SEGRETERIA AL MOMENTO DELLA PRESENTAZIONE DEI DOCUMENTI.
- 2) AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DEL CASELLARIO GIUDIZIALE già inserita nel modulo;
- 3) AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DEL CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI LAUREA già inserita nel modulo;
- 4) AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA DEL CONSEGUIMENTO DEL TITOLO DI ABILITAZIONE già presente nel modulo;

**\*\*\* LE AUTOCERTIFICAZIONI SONO PARTE INTEGRANTE DEL MODULO DI ISCRIZIONE, NON C'E BISOGNO DI ULTERIORI MARCHE DA BOLLO**

- 5) Fotocopia del tesserino di CODICE FISCALE (carta libera);
- 6) Una foto formato tessera;
- 7) Attestazione del pagamento di Euro 168 di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003;
- 8) Pagamento della quota di iscrizione all'Albo che ammonta ad € 208 comprensiva della stampa tesserino e timbro;  
Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso M.Av. della Banca Popolare di Sondrio
- 9) Per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso di soggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine.

(\*)per i Medici in possesso dei requisiti per ottenere la **CONTEMPORANE ISCRIZIONE AI DUE ALBI**, si prega di chiedere le necessarie informazioni direttamente presso la Segreteria.

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA PER ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO:** DOMANDA (bollo da € 16,00) ,  
FOTOCOPIA CODICE FISCALE, COPIA DOCUMENTO DI IDENTITA', FOTO FORMATO TESSERA E TASSA DI  
TRASFERIMENTO DI € 26,00