



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

Marca da bollo da € 16,00

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALBO ODONTOIATRI

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/la sottoscritto/a Dott/Dott.ssa \_\_\_\_\_

### CHIEDE

L'iscrizione all'albo degli Odontoiatri 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 risultassero veritiere, ai sensi degli artt. 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

### DICHIARA

- di essere nato \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- residente in \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_
- in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_
- di stabilire il domicilio professionale in Via \_\_\_\_\_ Pr \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_
- Indirizzo email \_\_\_\_\_
- Indirizzo pec \_\_\_\_\_

- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentale 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 \_\_\_\_\_
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità all'iscrizione all'albo degli Odontoiatri (corso di formazione D. Lgs. 386/98)
- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_
- di essere specialista in \_\_\_\_\_ (iscrizione avvenuta prima del 31/12/1994)
- di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia prima del 28/01/1980;
- 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 ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di non 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. Includere 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 a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
  - Di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

○ **Iscrizione per trasferimento**

Il sottoscritto dichiara:

- Di provenire dall'Ordine dei Medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_
- Di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti \_\_\_\_\_
- Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine ed all'ENPAM;

○ **Reiscrizione**

Il sottoscritto dichiara:

- Di essere stato iscritto all'Ordine dei medici di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_
- Di non essere stato cancellato per morosità ed irripetibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;

○ **Iscrizione cittadini EU**

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 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 DEGLI ODONTOIATRI**

- 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 DELL'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 di 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