



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 sottoscrittoincaricato, 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