

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO**

Il/la sottoscritto/a _____

C H I E D E

l'iscrizione all'**ALBO DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

D I C H I A R A

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ ;

- codice fiscale _____ ;

- di essere residente a _____ prov. _____ ;

- in via _____, Tel. _____ ;

- di essere cittadino/a _____ E-mail _____ ;

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____

presso l'Università degli Studi di _____ ; con voto _____ ;

di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980

di essere in possesso dell'attestato comprovante il superamento della prova attitudinale prevista dal D.L. 386/98 e successive modifiche ed integrazioni;

di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85 ;

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____

presso l'Università degli Studi di _____ ; con voto _____ ;

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di 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 godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara :

di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieta l'esercizio della libera professione ;

di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità nè di essere stato radiato 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 stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n.196 del 2003

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

FIRMA _____

DOCUMENTI PER DOPPIA ISCRIZIONE: ALBO MEDICI CHIRURGHI ED ALBO ODONTOIATRI

- Ricevuta attestante l'avvenuto pagamento della tassa di concessione Governativa (CC.GG.) di 168/00 (centosessantotto/00) euro **sul c/c Postale n. 8003** intestato a : Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Roma- Tasse Concessioni Governative con causale “Iscrizione Ordine dei
- Versamento della Tassa di Iscrizione Annuale doppio Albo di Euro 300.00 previa richiesta del codice IUV identificativo per il pagamento all’indirizzo della segreteria dell’ Ordine : info@ordinemedicibenevento.it – indicando Nome – Cognome e C.F. Numero 3 fotografie formato tessera;
- Fotocopia del tesserino relativo al codice fiscale su carta semplice;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine delibera, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. N. 221 del 5/4/1950, sulla domanda di iscrizione **nel termine di TRE mesi** , dopo aver accertata la sussistenza delle condizioni richieste .

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza :

È stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato a mezzo di _____;

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore, dal Sig. _____ identificato a mezzo di _____;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore.

DATA _____

***Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza***
