



**OMCeO**  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

MARCA da  
BOLLO  
€ 16.00

## DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI di BENEVENTO

il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott .....  
nato/a ..... (Prov).....  
il..... Codice Fiscal.....  
Tel..... Cell.....  
e-mail ..... PEC .....

### CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000 e [ss.mm.ii.](#), sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000**

- di essere nato/a a ..... Prov. .... il. .... / ..... / .....
- di essere residente a ..... Prov. .... CAP.....
- in Via/P.zza ..... n° .....
- di essere domiciliato a ..... Prov. .... CAP .....
- in Via/P.zza ..... n° .....
- di essere cittadino/a.....
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... / ..... / .....  
presso l'Università degli Studi di ..... con voto ..... /110 .....
- anno di immatricolazione al corso di laurea.....

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione ..... Anno .....  
con voto...../ ..... presso l'Università degli Studi di.....

di aver conseguito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, n. 58;

di aver conseguito la valutazione del tirocinio prescritta dall'articolo 2 del decreto del ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 445 del 2001;

di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del Decreto-Legge n.18 del 17.3.20

di NON AVER RIPORTATO condanne penali e di non essere destinatario 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 AVERE RIPORTATO condanne penali (*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 inerire anche le sentenze di patteggiamento*)

di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

di NON ESSERE stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi

di ESSERE STATO iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi (*nel caso di precedente iscrizione ad altro Albo dei Medici Chirurghi indicare l'Ordine competente e produrre copia conforme del provvedimento di cancellazione*)

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Data ..... / ..... / ..... firma.....

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE,

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).

- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.

- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data ..... / ..... / ..... firma .....

**Si allega alla presente:**

- a) fotocopia della tessera del codice fiscale o dichiarazione sostitutiva di certificazione e copia documento di identità;
- b) una fotografia formato tessera da allegare alla domanda
- c) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Ufficio del Registro di Pescara;
- d) Versamento di € 180,00 quale Tassa Annuale di iscrizione all'Albo a mezzo di bollettino PAGOPA.

Per richiedere il bollettino con codice IUV da pagare, [inviare una richiesta via mail a info@ordinemedicibenevento.it](mailto:info@ordinemedicibenevento.it) secondo il modello allegato.



## **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

\_\_\_ 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**

---

## **DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE**

*(art.16 legge comunitaria 21.12.1999 n°526 e art. 9 lettera i) – legge 11 gennaio 1979, n°12*

### **DA COMPILARE SOLO SE SI E' RESIDENTI FUORI DALLA PROVINCIA DI BENEVENTO**

La/Il sottoscritto/o .....  
Nata/o a..... Prov ( \_\_\_\_\_ ),  
il ...../ ..... / ..... Codice Fiscale: .....  
Residenza anagrafica nel comune di ..... Prov ( \_\_\_\_\_ ),  
CAP..... Via/P.zza ..... n°.....  
svolgendo l'attività professionale in forma [\_\_\_] autonoma [\_\_\_] dipendente  
Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di  
atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445.

#### **DICHIARA**

di avere stabilito il proprio domicilio professionale a:

Comune..... Prov (\_\_\_\_), CAP .....

P.zza/Via ..... n° .....

Tel ..... e-mail..... @.....

Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al  
GDPR

(Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti  
informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione  
viene resa.

Luogo e data...../ ..... / .....

Firma

Questa dichiarazione è equivalente a "dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà" (art.47 del  
D.P.R. 445/2000)



**OMCeO**

Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Benevento

Spett. Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Della  
Provincia di Benevento

**OGGETTO:** Richiesta di adesione alla convenzione Ordine provinciale – Aruba per il rilascio  
P.E.C. gratuita.

Il/La sottoscritt \_ Dott. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Iscritto Albo:

dei Medici-Chirurghi,

degli Odontoiatri,

### CHIEDE

l'attivazione gratuita della PEC con il Gestore Aruba, autorizzando l'Ente a produrre - *per suo nome e per suo conto*- la necessaria documentazione richiesta consapevole che in caso di cancellazione dall'Albo la stessa sarà automaticamente disattivata a partire dall'anno successivo.

Benevento li, \_\_\_\_\_ Il Richiedente

Informativa Privacy

ai sensi del **Decreto Legislativo** 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in **materia di protezione** dei dati personali" e del GDPR (Regolamento UE **2016/679**) *il/la sottoscritto/a è informato/a che i propri dati personali saranno trattati dall'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri di Benevento con l'ausilio di mezzi elettronici e/o automatizzati. I dati saranno comunicati alla Società Aruba e utilizzati per il disbrigo delle incombenze come su descritto, e da me richiesto.*

Benevento li, \_\_\_\_\_ Il Richiedente

.....

### A cura dell' OMCeO

Sarà ordinata la casella PEC intestata a suo nome e cognome con estensione

@bn.omceo.it

La password sarà inviata a mezzo mail a seguito attivazione;

**Si ricorda che per poter completare l' attivazione è necessario l'invio di un documento d'identità leggibile e il documento di attivazione ricevuto a mezzo mail firmato e leggibile all'indirizzo mail : [info@ordinemedicibenevento.it](mailto:info@ordinemedicibenevento.it)**

Benevento li, \_\_\_\_\_ Il Richiedente