



Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri - L'Aquila  
Via Giovanni Gronchi n°16 – 67100, L'Aquila

MARCA da  
BOLLO  
€ 16

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott.....

### CHIEDE

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

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

### DICHIARA

di essere nato/a a ..... prov. .... il ...../...../.....

codice fiscale .....

di essere residente a ..... Prov. .... CAP .....

in Via/P.zza .....

di essere domiciliato a ..... Prov. .... CAP .....

in Via/P.zza.....

Tel ..... /..... Cell ...../.....

E-mail.....@.....

PEC.....@.....

di essere cittadino/a .....

data immatricolazione ...../...../.....

di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data ..... /..... /.....

con voto...../..... lode  presso l'Università degli Studi di .....

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione ..... Anno.....

con voto...../..... presso l'Università degli Studi di .....

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 non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

di godere dei diritti civili

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*)

---

---

---

---

**Il/la sottoscritto/a inoltre, dichiara:**

di non essere iscritto in altro Albo 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 essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) 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 e del GDPR (**Regolamento UE 2016/679**)

**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.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

\*\*\*\*\*



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI L'AQUILA**

**PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

*La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art.38 comma 3 del D.P.R. n° 445/2000, in presenza del:*

Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_  
(timbro e firma dell'incaricato)

Rilasciata RICEVUTA n° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*INVIO per POSTA (Allegare FOTOCOPIA non autenticata di un DOCUMENTO di IDENTITA' – ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n°445/2000*

\*\*\*\*\*

# **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 L'AQUILA**

La/il sottoscritta/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.....@.....

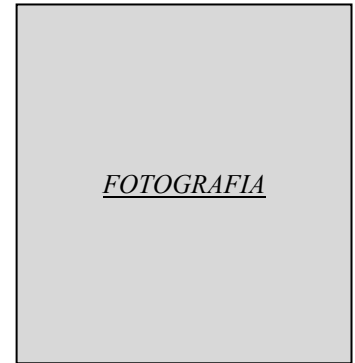
*Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui al decreto legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679) che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione 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)**

**All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila**



La/Il sottoscritta/o Dott.ssa/Dott. ....

Nata/o a ..... Prov. .... il ...../...../.....

Codice Fiscale .....

**AUTORIZZO**

l'utilizzo delle fotografie per gli usi Istituzionali.

**DICHIARO**

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della Legge sulla privacy (*D.lgs. 196/2003 e GDPR Regolamento UE 2016/679*) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento

L'Aquila ...../...../.....

Firma

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  
(DPR 5 aprile 1950 n. 221 - Albo dei Medici Chirurghi)**

Per l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi occorre la seguente documentazione:

- a) - **domanda in bollo (apporre una marca da € 16)** diretta all'**Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila**, come da allegato redatto in conformità al T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445.
- b) - **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**;
- c) - fotocopia della tessera del **codice fiscale** o dichiarazione sostitutiva di certificazione e copia **documento di identità**;
- d) – **una fotografia** formato tessera da allegare alla domanda per la produzione del tesserino identificativo e del badge plastificato.
- e) - ricevuta del **versamento di € 175,82**. Tale quota dovrà essere versata a mezzo **bonifico bancario** sul **c/c n. 112050** della Banca BPER – sede. IBAN: **IT 58X 05387 03601 000000112050** intestato **all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila** – Via Giovanni Gronchi n.16 67100 L'Aquila.

**Causale:** Prima Iscrizione Albo Medici Chirurghi + nome e cognome

---

**CITTADINI COMUNITARI O EXTRACOMUNITARI CON TITOLO CONSEGUITO IN ITALIA O ALL'ESTERO**

**f) - Permesso di soggiorno (cittadini extracomunitari con titolo di studio conseguito in Italia):**  
con **motivazioni:** lavoro autonomo, subordinato, familiare, liste di collocamento.

La **motivazione studio:** è ammessa solo per coloro iscritti a scuole di specializzazione e per la sola durata della suddetta scuola (art.14 comma 4 d.p.r. 394/1999) Solo se entrati ed abilitati in Italia prima del 27/03/1998.

**N.B.** Se iscritti al corso di laurea in soprannumero o a scuole di specializzazione in soprannumero: è necessaria l'autorizzazione all'iscrizione all'Albo del Governo dello Stato di appartenenza.

Per i **cittadini comunitari, o extracomunitari** (ai quali è necessario il permesso di soggiorno) che abbiano conseguito il titolo di studio in un paese diverso dall'Italia, è richiesto di seguire la procedura del "**Riconoscimento del Titolo**".

La **modulistica per il riconoscimento del titolo** è reperibile sul sito internet del Ministero della Salute.

---

***P.S. - L'ORDINE PROCEDE ALLA VERIFICA DI QUANTO DICHIARATO NELL'ISTANZA***