



**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**

**Odontoiatri**

**per trasferimento da altro Ordine Provinciale**

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

**CHIEDE**

L'iscrizione all'Albo dei:  **Medici chirurghi**  **Odontoiatri** 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 ..... n°.....

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

in Via/P.zza..... n°.....

\* di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ..... prov (.....)

\* di esercitare nel Comune di .....prov (.....)

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

E-mail.....@....., PEC.....@.....

- di essere cittadino/a .....

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

**Odontoiatria e Protesi Dentaria**

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 essere iscritto all'Albo Prov.le dei:  **Medici Chirurghi**  **Odontoiatri** di .....dal...../...../.....

di aver ottenuta la prima iscrizione all'Albo Provinciale dei  **Medici Chirurghi**  **Odontoiatri**

della provincia di.....dal ...../...../.....

- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- 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.

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

La/il sottoscritta/o .....

Nata/o a .....Prov (\_\_\_\_), il ...../...../.....

Codice Fiscale: .....

Residenza anagrafica nel comune di .....Prov (\_\_\_\_), CAP.....

Via/P.zza ..... n°.....

Tel..... Cell .....

e – mail .....@....., PEC.....@.....

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.....@.....

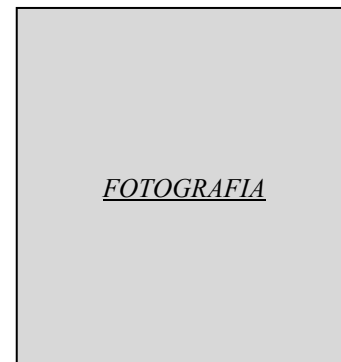
*Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

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 (675/96 *succ. mod. ed integrazioni*) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (*art.7 del D.lgs. 196/2003*).

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

Firma

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE A SEGUITO  
DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

- Domanda in carta da bollo da Euro 16.00 recante l'indicazione delle complete generalità e del numero di codice fiscale, diretta all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di L'Aquila. Qualora non venga prodotta presso gli uffici dell'Ordine e personalmente dall'interessato allegare fotocopia di un documento di identità valido.
- Con riferimento specifico alla residenza si rammenta che la legge 3682/91 ha modificato la lett. e) dell'art. 9 D.L.C.P.S. 233/46 consentendo agli esercenti le professioni sanitarie l'iscrizione all'Albo della provincia in cui viene svolta l'attività professionale in alternativa a quello della provincia in cui è fissa la residenza.
- una fotografia formato tessera da allegare alla domanda;
- Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale.
- Fotocopia documento di identità

**Per gli anni successivi il tributo annuale verrà versato tramite bollettino**