



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 DEGLI ODONTOIATRI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

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

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO 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,

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°.....

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

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

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

di essere cittadino/a

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

di avere conseguito in data:/...../..... **Diploma di Laurea in:**

Odontoiatria e Protesi Dentaria

Medicina e Chirurgia

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

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessioneAnno.....

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 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

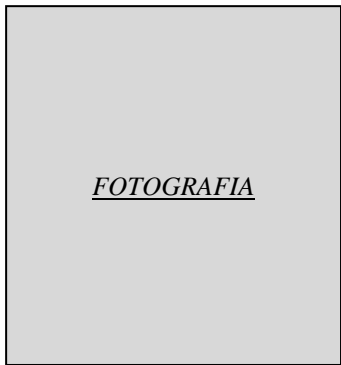
La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art.38 comma 3 del D.P.R. n° 445/2000, in presenza del:

*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

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

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 aProv (____), il/...../.....

Codice Fiscale:

Residenza anagrafica nel comune diProv (____), CAP.....

Via/P.zza n°.....

Tel..... Cell

e – mail@....., PEC.....@.....

svolgendo l'attività professionale in forma

autonoma

dipendente

<p>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</p>

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)**

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
(DPR 5 aprile 1950 n. 221 - Albo degli Odontoiatri)**

Per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri occorre la seguente documentazione:

- a) - **domanda in bollo (apporre una marca da € 16.00)** 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) - - **Versamento di €75,00** a mezzo di bollettino PAGOPA. Per richiedere il bollettino da pagare inviare una richiesta via mail a segreteria@ordinemediciaq.it o via whatsapp al numero 339.7150890 indicando Nome, Cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza e email.

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