

Domanda di Iscrizione all'Albo dei MEDICI CHIRURGHI

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MACERATA

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

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

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, 445)

DICHIARA (sbarrare le caselle)

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
 - di avere cittadinanza: _____;
 - codice fiscale _____;
 - di essere residente a _____ prov. _____;
 - in via _____, Tel _____, email/PEC _____;
 - eventuale domicilio professionale in provincia di Macerata: _____
_____;
 - di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia in data _____ con votazione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
 - di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione prima/seconda dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- oppure
- di aver conseguito Laurea abilitante ai sensi del D.L. N. 18/2020;
- oppure
- di aver ottenuto con decreto del Ministero della Salute in data _____ il riconoscimento della laurea conseguita all'estero quale titolo abilitante alla professione sanitaria (per titoli conseguiti all'estero);
 - di essere in possesso del permesso di soggiorno (solo per i cittadini extracomunitari e da presentare contestualmente alla domanda);

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili;

- 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 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, comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;
- se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di medico Chirurgo e/o Odontoiatra;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento CE 679/2016 e di acconsentire al trattamento dei dati personali per gli adempimenti e le finalità inerenti l'attività istituzionale dell'Ordine.

Data _____

FIRMA _____

N.B.: 1) Il dichiarante decade dai benefici conseguenti il provvedimento emanato in caso di dichiarazioni mendaci.

2) Le istanze trasmesse per posta devono essere obbligatoriamente accompagnate da una copia di un documento di riconoscimento in corso di validità

Si allega:

- Attestazione del versamento di 168,00 euro, da effettuarsi sul C/C postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative (Codice Tariffa 8617);
- 2 foto formato tessera;
- Fotocopia del codice fiscale e di un documento di identità;
- Attestazione del versamento della "Tassa di 1^ iscrizione" e della "Quota annuale di iscrizione" per un importo totale di 145,16 euro da effettuarsi sul c/c intestato a Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Macerata presso BCC Recanati e Colmurano (cod. IBAN **IT28Y0876513400000000402559**).

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MACERATA

Il sottoscritto _____ incaricato (dipendente), ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza
