

## DOCUMENTI DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

1. DOMANDA DI ISCRIZIONE, REDATTA SU CARTA DA BOLLO (O CARTA SEMPLICE SULLA QUALE APPORRE APPOSITA MARCA DA BOLLO) DA COMPILARE SECONDO IL MODELLO ALLEGATO (BOLLO € 16,00)
2. N. 2 FOTOGRAFIE
2. TASSA DI TRASFERIMENTO da versare sul C/C bancario del **MONTE DEI PASCHI DI SIENA**  
**IBAN IT73L010301440400000263818**

intestato ad Ordine Prov. Medici Chirurghi e Odontoiatri Terni

(inserire la causale: Iscrizione Albo \_\_\_\_\_ per trasferimento anno \_\_\_\_\_ )

Iscrizione per trasferimento da altro Ordine = € 16,00  
(la quota comprende : tassa di prima iscrizione ( € 1,00) + quota di trasferimento € 15,00 )

Iscrizione per trasferimento in contemporanea iscrizione Albo Medici e Albo Odontoiatri = € 32,00  
(la quota comprende : tassa di prima iscrizione al doppio albo + quota di trasferimento al doppio albo)

### LA DOMANDA POTRA' ESSERE PRESENTATA:

- PERSONALMENTE DALL'INTERESSATO MUNITO DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA'\*
- PRESENTATO DA UNA TERZA PERSONA MUNITA DI COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA DELL'INTERESSATO \*;
- INVIATA PER POSTA CON ACCLUSA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO IN CORSO DI VALIDITA DEL SANITARIO DA ISCRIVERE \*.

*\*(ART. 35, 2' Comma D.P.R 445/2000: " Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato")*

Marca  
da Bollo

Al Presidente dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi e Odontoiatri  
della provincia di Terni

Ogg.: domanda di iscrizione per **trasferimento all'Albo Medici Chirurghi / Odontoiatri**  
da altro Ordine.

l\_ \_\_\_\_\_  
sottoscritt \_\_\_\_\_,  
Consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci e che all'eventuale accertamento della non  
veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti e la trasmissione  
degli atti alla Procura, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA di

- essere nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ ;
- essere residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_,  
tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_ ;
- avere il seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- essere cittadino italiano, comunitario, non-comunitario (cancellare le voci che non interessano)
- esercitare prioritariamente la professione nella Provincia di \_\_\_\_\_  
presso \_\_\_\_\_
- essersi laureat\_ in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria (cancellare la voce che non interessa), il \_\_\_\_\_,  
presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ;
- aver conseguito l'abilitazione alla professione di medico chirurgo / odontoiatra (cancellare la voce che non interessa), nella  
sessione \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ;
- aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ;
- aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_,  
il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_ ;
- aver conseguito i seguenti titoli o master :

---

---

---

- essere     non essere inserito    nell'Elenco degli Psicoterapeuti;
- essere     non essere    Medico competente per la Sicurezza sul lavoro (L. 626)
- non aver procedimenti penali in corso;
- non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- non essere sospeso dall'esercizio della professione di \_\_\_\_\_;
- avere il pieno godimento dei diritti civili;
- essere iscritt\_ all'Albo Medici Chirurghi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- non essere sottoposto a procedimento disciplinare presso tale Ordine;
- essere in regola con il pagamento dei tributi di cui agli artt. 4, 14 e 21 del D. Lgs. C.P.S. 13 settembre 1946, n. 233;
- aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione o perdita dei predetti dati, consapevole che tutte le comunicazioni e/o notificazioni verranno effettuate dall'Ordine alla residenza sovra indicata

CHIEDE

- l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI  
(cancellare la voce che non interessa) di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_;

In fede.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* \* \*

Il sottoscritt\_ \_\_\_\_\_, quale incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. \_\_\_\_\_, identificat\_ tramite \_\_\_\_\_.

In fede.

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_