

## PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO

### DOCUMENTI

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. RICEVUTA DI VERSAMENTO DI CONTO CORRENTE POSTALE ATTESTANTE L'AVVENUTO PAGAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE ( **BOLLETTINO G.U. 8003**) DI **€ 168.00** INTESTATO A: **UFFICIO REGISTRO TASSE GOVERNATIVE**;
3. N. 2 FOTOGRAFIE
4. QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO - da versare sul C/C bancario del **MONTE DEI PASCHI DI SIENA**  
**IBAN IT73L0103014404000000263818**

- intestato ad Ordine Prov. Medici Chirurghi e Odontoiatri Terni

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

tassa di prima iscrizione € 1,00 + quota annuale € 185,00 = **€ 186,00**

### 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”)

Bollo

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

Ogg.: domanda di prima iscrizione cittadini comunitari.

\_l\_sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI (cancellare la voce che non interessa)  
di codesto Ordine.

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 \_\_\_\_\_;
- di essere residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;
- di avere il domicilio professionale in \_\_\_\_\_ o presso la struttura \_\_\_\_\_;
- di avere il seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria (cancellare la voce che non interessa), il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_  
o verificato dal Ministero della Salute con decreto del \_\_\_\_\_;

- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di medico chirurgo / odontoiatra , (cancellare la voce che non interessa) nella sessione di \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_; o verificata dal Ministero della Salute con decreto del \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (*in caso contrario indicare le condanne riportate – anche se sia intervenuto patteggiamento e/o amnistia – e/o i carichi pendenti*)\_\_\_\_\_;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritt\_ all'Albo dei Medici e/o Odontoiatri di altro Ordine;
- di non esercitare la professione di Farmacista;
- di non essere stato cancellato o radiato da altri Ordini provinciali (*in caso contrario indicare il provvedimento di cancellazione o di radiazione*);
- di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- di 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.

In fede.

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

\_\_\_\_\_

\* \* \*

\_l\_ 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_