

importante

la domanda di iscrizione dei medici o odontoiatri extracomunitari va inviata per il parere preventivo al Ministero della Salute Direzione Generale Professioni Sanitarie e delle Risorse Umane del Servizio Sanitario Nazionale – Ufficio VII – Programmazione dei fabbisogni e del SSN e riconoscimento dei Titoli

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE

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**

5. PERMESSO DI SOGGIORNO VALIDO
6. AUTOCERTIFICAZIONE:
 - GENERALITA' DEL MEDICO
 - LA SEDE UNIVERSITARIA,
 - SE IL SANITARIO HA SEMPRE FREQUENTATO IL CORSO DI LAUREA IN ITALIA
 - DI NON ESSERE STATO AMMESSO IN SOVRANNUMERO
7. CERTIFICATO STORICO DEGLI ESAMI DA LUI SOSTENUTI O AUTOCERTIFICAZIONE DEL SANITARIO

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 extracomunitari.

Il 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 avere il permesso di soggiorno per _____
rilasciato il _____ con scadenza _____ ;
- 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 riconosciuto 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 riconosciuta dal Ministero della Salute con decreto del _____ ;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea;
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- 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 _____
