



**MARCA da
BOLLO
€ 16.00**

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI ISERNIA**

il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott.....
nato/a(Prov).....
il.....Codice Fiscal.....
Tel.....Cell.....
e-mail.....PEC.....

CHIEDE

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

e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000 e ss.mm.ii, sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000

- di essere nato/a aProv. il. / /
- di essere residente aProv.CAP.....
- in Via/P.zza n°.....
- di essere domiciliato aProv.CAP.....
- in Via/P.zza..... n°.....
- di essere cittadino/a
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data / /
presso l'Università degli Studi dicon voto...../110.....
anno di immatricolazione al corso di laurea.....

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

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

di aver conseguito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, n. 58;

di aver conseguito la valutazione del tirocinio prescritta dall'articolo 2 del decreto del ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 445 del 2001;

di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del Decreto-Legge n.18 del 17.3.20

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 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)*

di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penale

di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

di NON ESSERE stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi

di ESSERE STATO iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi *(nel caso di precedente iscrizione ad altro Albo dei Medici Chirurghi indicare l'Ordine competente e produrre copia conforme del provvedimento di cancellazione)*

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Data/...../.....

firma.....

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE,

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).

- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.

- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data/...../.....

firma.....

Si allega alla presente:

- a) fotocopia della tessera del codice fiscale o dichiarazione sostitutiva di certificazione e copia documento di identità;
- b) una fotografia formato tessera da allegare alla domanda
- c) 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;
- d) Versamento di € 140,00 quale Tassa Annuale di iscrizione all'Albo a mezzo bonifico bancario IBAN: IT47E0200815603000002753949 intestato a OMCeO Isernia;



**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI ISERNIA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del T.U. - D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza :

È stata presentata personalmente dal sottoscrittore

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del

sottoscrittore, dal Sig. _____ identificato a

mezzo di _____;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore.

DATA _____

**Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza**
