



**QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'  
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA**

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina  
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
(riservata ai laureati in medicina e chirurgia)**

**ISTRUZIONI**

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo d€ 14,62
- Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa d€ **168,00** effettuato sul conto corrente postale n° 8003 intestato a "Agenzia Entrate Centro Operativo Pescara Tasse concessioni governative". Tipo di versamento: Rilascio. Causale: iscrizione Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri. Codice Tariffa 8617
- Versamento in contanti, all'atto della presentazione della domanda, d€ **200,00**.

*N.B: tale somma comprende la tassa di prima iscrizione una tantum pari a € 30,00 e la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 170,00, di cui € 23,00 sono destinati alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Nel casi in cui l'interessato sia già iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi il versamento sarà di € 147,00 poiché la quota FNOMCeO non è dovuta per l'iscrizione al secondo Albo.*

*La tassa annuale per gli anni successivi verrà riscossa tramite modulo di avviso di pagamento (MAV), oppure su autorizzazione permanente di addebito in c/c (RID) il cui modulo è disponibile presso l'Ordine. La richiesta sarà inoltrata all'istituto bancario prescelto a cura dell'Ordine.*

- Due foto identiche, recenti, a colori, una in formato tessera (larghezza cm. 3,50 x altezza cm. 4,00) e l'altra in formato jpeg da inviare a info@ordinemedicilatina.it
- Fotocopia di un documento valido di riconoscimento.
- Fotocopia del documento di codice fiscale.

**Acquisizione di stati del richiedente attraverso l'esibizione del suo documento di riconoscimento (art.45 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)**

Questa domanda deve essere sottoscritta in presenza del funzionario addetto. L'Ordine effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (articoli 71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

**Codice in materia di protezione dei dati personali (D. lgs 30 giugno 2003, n. 196)**

All'atto della presentazione della domanda sarà consegnata l'informativa al trattamento dei dati personali ex articolo 13 D.lgs 196/2003.

**Benvenuto/a !**

Il Presidente

Giovanni Maria Righetti

Per chiarimenti e/o ulteriori informazioni telefonare al numero verde 800 90 17 15 (linea diretta con il Presidente)





**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**  
*(riservata ai laureati in medicina e chirurgia)*

**Barrare la casella bianca in corrispondenza della situazione posseduta**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 in atto;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- 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 riguardare anche le sentenze di patteggiamento*);
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

**Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:**

- di non essere mai stato iscritto, o esserlo attualmente, negli albi professionali di altro Ordine (diversamente indicare dove e quando).....
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun albo professionale di altro Ordine
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso al diniego di iscrizione all'albo;
- di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieta l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196.

**Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.**

data  /  /  firma

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA**

Il/La sottoscritto/a

incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 del DPR 28.12.2000, n. 445 che il Dottore/la Dottoressa  
cognome

nome

identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

ha sottoscritto in mia presenza l'istanza. I dati anagrafici indicati nella domanda sono stati verificati mediante il suddetto documento (art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa).

data  /  /

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza



