



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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

ISTRUZIONI

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 14,62
- Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di € **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, di € **220,00**.
N.B: tale somma comprende la tassa di reinscrizione una tantum pari a € 30,00 e la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 190,00, di cui € 23,00 sono destinati alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Nel caso in cui l'interessato sia già iscritto all'Albo degli Odontoiatri il versamento sarà di € 167,00 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 (Mod. D06 R.I.D.) è a disposizione nella sezione "modulistica" della home page di www.ordinemedicilatina.it. 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 nella sede dell'Ordine 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.

La normativa relativa all'Iscrizione agli Ordini Professionali, è consultabile sul sito www.ordinemedicilatina.it

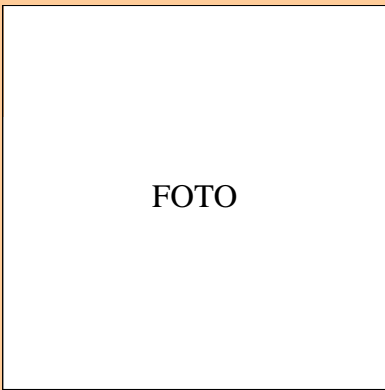
Benvenuto/a !

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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



(Timbro Ordine)

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del/della Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

nato/a a

il

 / /

residente a

prov

cap

in

civ

Identificato/a con documento

n

rilasciato il

 / /

da

Timbro e firma del funzionario addetto

data

 / /

ALLEGATI

- Ricevuta contabile n del / / €
- Attestazione di versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00
- N. 1 fotografia a colori identica a quella utilizzata per l'identificazione inviata in formato jpeg a info@ordinemedicilatina.it
- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

