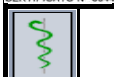




QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'  
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA



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 DEGLI ODONTOIATRI

### 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 iscrizione 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). 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](http://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](mailto: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](http://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 DEGLI ODONTOIATRI**  
(riservata ai laureati in odontoiatria)

**PRECEDENTI ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI**

**Prima iscrizione**

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Successive eventuali**

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ultima iscrizione**

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Non più iscritto dal**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**Specializzazioni**

1° • in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

2° • in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

**Dottorato di Ricerca**

• in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

**Master**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

• in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

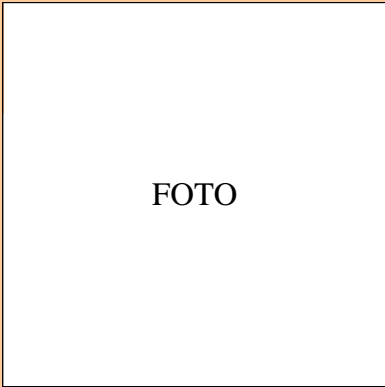
• **Specialista equiparato**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------



**DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**  
*(riservata ai laureati in odontoiatria)*

**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](mailto:info@ordinemedicilatina.it)
- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

