



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 ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

### ISTRUZIONI

#### DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 16,00
- Pagamento in contanti, con bancomat o carta di credito, all'atto della presentazione della domanda, di € 30,00 **una tantum** quale tassa di iscrizione per trasferimento. *Tale quota presuppone che l'interessato abbia già versato la tassa dell'anno in corso all'Ordine di provenienza.*  
*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.
- Se il titolo è conseguito all'estero allegare il Decreto di riconoscimento rilasciato dal Ministero della Salute o titolo di studio riconosciuto da Università Italiana .  
*NB Il sanitario se cittadino UE o EXTRA dovrà sostenere presso l'Ordine una prova che attesti la conoscenza della lingua italiana e delle speciali disposizioni che regolano l'esercizio delle professioni in Italia*
- Se cittadino extracomunitario, in aggiunta alla documentazione sopraindicata, allegare un documento rilasciato dalla Questura che attesti la motivazione del permesso di soggiorno e l'Attestazione da parte del governo di provenienza all'assenza all'esercizio dell'attività lavorativa in Italia (questo documento rilasciato dall'Autorità competente deve essere allegato se il Medico/Odontoiatra è stato immatricolato in soprannumero al corso di laurea). L'Ordine iscriverà il sanitario all'Albo Medici e Odontoiatri solo dopo aver ricevuto il parere favorevole del Ministero della Salute ai fini delle quote di ingresso.

#### 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 e S.M.I. )

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

**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 ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

*Imposta di bollo*  
€ 16.00

**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI LATINA**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

Nome

**CHIEDE**

il trasferimento all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine  
con decorrenza dalla data di decisione del Consiglio Direttivo

oppure dal

 /  / 

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA**

di essere nato/a a

 prov. 

giorno

mese

anno

codice fiscale

 /  /  

di essere cittadino/a

di essere residente a

 prov.  cap. 

in

 civ. 

di essere domiciliato a (indicare se diverso da residenza)

 prov.  cap. 

in

 civ. 

di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di

 prov. 

di esercitare la professione prevalentemente nella provincia di

di aver conseguito il diploma di laurea in

medicina e chirurgia il

presso l'Università degli Studi

 /  /  

sede di/corso di laurea

a. a. di immatricolazione

con voto

su

lode

 /   ,  /  

di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione

anno accademico

data

  /  / 

presso l'Università degli Studi

con voto

su

lode

 ,  /  

di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi della provincia di

 dal  /  / 

al numero

di essere iscritto nello stesso ordine di provenienza anche all'albo degli odontoiatri

SI

NO

**(Compilare se laurea conseguita all'estero)**

di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra in Italia con Decreto Ministeriale del

 /  /

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

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

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

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAM;
- 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;
- 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 vieti 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 e *S.M.I.*
- di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di depositare non appena conseguiti i **titoli di specializzazione** (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4 del DPR 221 del 05/04/1950)

**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 CHIRURGHI 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

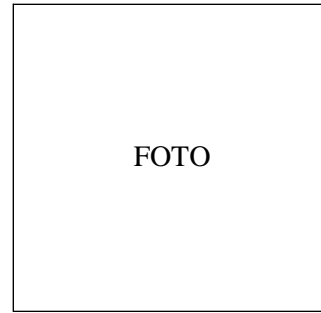
		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

--

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

## 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  /  /  €

• 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

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

## INFORMAZIONI INTEGRATIVE

Telefono Abitazione

Telefono Lavoro

Fax

Cellulare 1

Cellulare 2

Indirizzo di Posta Elettronica

Indirizzo di PEC

## Recapito diverso della residenza

Comune

prov.

cap.

in

civ

**Chiedo che la corrispondenza sia spedita**

all'indirizzo di residenza

al secondo recapito

a tutti e due

### Oggetto: Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento EU 679/2016

Ai sensi dell'art 13 del Regolamento EU 679/2016, l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina con sede legale in Piazza A. Celli, 3 Latina, titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di iscrizione per trasferimento da altro ordine. Il conferimento dei dati è necessario e in sua mancanza non potremmo realizzare le finalità su menzionate. La base giuridica del trattamento è l'adesione dell'iscritto all'Ordine e l'adempimento di obblighi normativi. I suoi dati personali saranno trattati per la durata della sua iscrizione all'albo e successivamente saranno conservati per assolvere ad obblighi di legge. I dati che non saranno diffusi, se non per rispondere ad obblighi normativi, potranno essere comunicati a soggetti terzi di cui il nostro Ente dovesse avvalersi per la gestione delle finalità su menzionate e a soggetti cui la facoltà di accedere ai dati sia riconosciuta da disposizioni di legge e/o di normativa secondaria. Per ottenere informazioni sull'eventuale trasferimento dei suoi dati fuori dall'Unione Europea, potrà inviare una e-mail all'indirizzo [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it). Il Responsabile della protezione dei dati può essere contattato al seguente indirizzo mail [Dpo\\_ordinemedicilatina@protectiontrade.it](mailto:Dpo_ordinemedicilatina@protectiontrade.it). La informiamo infine che potrà esercitare i suoi diritti in qualità di interessato scrivendo una mail a [info@ordinemedicilatina.it](mailto:info@ordinemedicilatina.it).

DATA

FIRMA

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

## PRECEDENTI ISCRIZIONI

### Prima iscrizione

giorno mese anno  
  /   /

Ordine della provincia di

### Successive eventuali

giorno mese anno  
  /   /

Ordine della provincia di

giorno mese anno  
  /   /

Ordine della provincia di

giorno mese anno  
  /   /

Ordine della provincia di

giorno mese anno  
  /   /

Ordine della provincia di

### Specializzazioni

1° in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode  
  /   /    ,   /

### Specializzazioni

2° in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode  
  /   /    ,   /

### Dottorato di Ricerca

in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode  
  /   /    ,   /

### Master

1°  2°

in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode  
  /   /    ,   /

• Autorizzato ad esercitare attività psicoterapeutica

Sì  No

• Competente in medicina del lavoro

Sì  No

• Autorizzato sorveglianza radiazioni ionizzanti

Sì  No

• Specialista equiparato

Sì  No

• Diploma di formazione specifica in medicina generale

giorno mese anno  
  /   /

regione

• Iscritto all'Albo CTU

Sì  No

Al tribunale di: \_\_\_\_\_