



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 ODONTOIATRI
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE
(riservata ai laureati in odontoiatria)**

ISTRUZIONI

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 16,00
- Pagamento di € 30,00 una tantum quale tassa di iscrizione per trasferimento tramite il sistema pagoPA (il bollettino sarà stampato all'atto di presentazione della domanda). Tale quota presuppone che l'interessato abbia già versato la tassa dell'anno in corso all'Ordine di provenienza.
- 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.
- 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'assenso 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 ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

(riservata ai laureati in odontoiatria)

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 ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE
(riservata ai laureati in odontoiatria)

PRECEDENTI ISCRIZIONI

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"/>

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"/>

Specializzazioni

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"/>

Dottorato di Ricerca

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"/>

Master

1° 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"/>

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

• Iscritto all'Albo CTU

Sì No

Al tribunale di: _____