



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 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
- 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

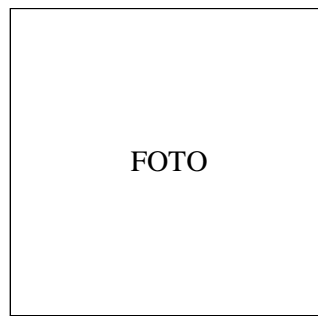
Per chiarimenti e/o ulteriori informazioni telefonare al numero verde 800 90 17 15 (linea diretta con il Presidente)





**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**  
(riservata ai laureati in odontoiatria)

**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

data

Timbro e firma del funzionario addetto

**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](mailto:info@ordinemedicilatina.it)

● Fotocopia documento di identità valido

● Fotocopia codice fiscale

● Altri atti consegnati, rilevazioni, note



**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: \_\_\_\_\_