



**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 DEGLI ODONTOIATRI  
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**  
*(riservata ai laureati in medicina e chirurgia)*

**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 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 DEGLI ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

*(riservata ai laureati in medicina e chirurgia)*

**DICHIARA**

**di essere in possesso del seguente requisito per l'esercizio della professione odontoiatrica  
(barrare la casella SI in corrispondenza del tipo di requisito posseduto)**

**SI** Laureato in medicina e chirurgia abilitato all'esercizio professionale con inizio della formazione universitaria in medicina anteriormente al 28 gennaio 1980  
*(ai sensi dell'art. 20 della legge 24 luglio 1985, n. 409 così come sostituito dall'art. 4, lettera d, Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277)*

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI LAUREA:

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

**oppure**

**SI** Laureato in medicina e chirurgia abilitato all'esercizio professionale con inizio della formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 ed entro il 31 dicembre 1984 e superamento della prova attitudinale di cui al decreto legislativo 13 ottobre 1998, n. 386  
*(ai sensi dell'art. 20 della legge 24 luglio 1985, n. 409 così come sostituito dall'art. 4, lettera d, Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277)*

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI LAUREA:

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

**oppure**

**SI** Laureato in medicina e chirurgia abilitato all'esercizio professionale con inizio della formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 ed entro il 31 dicembre 1984, e in possesso di una specializzazione triennale in campo odontoiatrico (*odontoiatria e protesi dentaria oppure chirurgia odontostomatologica oppure odontostomatologia oppure ortognatodonzia*)  
*(ai sensi dell'art. 20 della legge 24 luglio 1985, n. 409 così come sostituito dall'art. 4, lettera d, Decreto legislativo 8 luglio 2003, n. 277)*

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI LAUREA:

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

**oppure**

**SI** Laureato in medicina e chirurgia abilitato all'esercizio professionale con inizio della formazione universitaria in medicina dopo il 31 dicembre 1984 e in possesso di un diploma di specializzazione triennale in campo odontoiatrico il cui corso di studi ha avuto inizio entro il 31 dicembre 1994 (*odontoiatria e protesi dentaria oppure chirurgia odontostomatologica oppure odontostomatologia oppure ortognatodonzia*)  
*(ai sensi dell'art. 20 della legge 24 luglio 1985, n. 409 così come modificato dall'art. 13, comma 2, legge 6 febbraio 2007, n. 13)*

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI LAUREA:

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

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI SPECIALIZZAZIONE:

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

**SI** Laureato in medicina e chirurgia, immatricolato al relativo corso di laurea in un anno accademico compreso tra il 1980-1981 e 1984-1985 con superamento della prova attitudinale prevista dal D.lgs. 13 ottobre 1998, n. 386

Anno accademico di immatricolazione CORSO DI LAUREA:

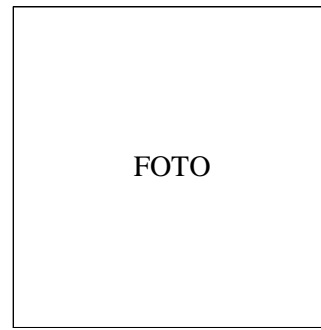
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------



**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

*(riservata ai laureati in medicina e chirurgia)*

**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 medicina e chirurgia)

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