



**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)**

*Imposta di bollo
€ 16.00*

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI 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
<input type="text"/>	/ <input type="text"/>	/ <input type="text"/>	<input type="text"/>

di essere cittadino/a

di essere residente a

prov.

cap.

di essere domiciliato a (indicare se diverso da residenza)

prov.

cap.

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 di

con voto

su

lode

di essere iscritto all'albo degli odontoiatri della provincia di

dal

/

al n. posizione

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

dal

al n. posizione

(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 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)

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

(barrare la casella bianca in corrispondenza della situazione posseduta)

- 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 mai stato iscritto, o esserlo attualmente, negli albi professionali di altro Ordine (diversamente indicare dove e quando)
- 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

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

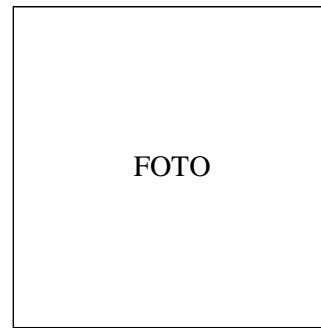
Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

--

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO 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

● 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

/ /

• Iscritto all'Albo CTU Sì No Al tribunale di: _____