



**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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

ISTRUZIONI

DOCUMENTAZIONE NECESSARIA

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 16,00
- Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di € **168,00** effettuato sul conto corrente postale n° 8003 intestato a "Agenzia Entrate Centro Operativo Pescara Tasse concessioni governative". Tipo di versamento: Rilascio. Causale: iscrizione Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri. Codice Tariffa 8617
- Pagamento in contanti, con bancomat o carta di credito, all'atto della presentazione della domanda, di € **220,00**.
*N.B: tale somma comprende la tassa di iscrizione una tantum pari a € 30,00 e la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 190,00, di cui € 23,00 sono destinati alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). Nel caso in cui l'interessato sia già iscritto all'Albo degli Odontoiatri il versamento sarà di € 167,00 poiché la quota FNOMCeO non è dovuta per l'iscrizione al secondo Albo.
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. 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 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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

PRECEDENTI ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

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"/>

Ultima iscrizione

giorno	mese	anno	Ordine della provincia di
<input type="text"/>	/ <input type="text"/>	/ <input type="text"/>	<input type="text"/>

Non più iscritto dal

giorno	mese	anno
<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"/>

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"/>

- 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 del tribunale di: _____

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

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

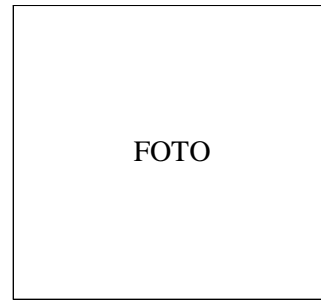
		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

--

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

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

 / /

€

- Attestazione di versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00

- 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

