



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 DEGLI ODONTOIATRI (riservata ai laureati in odontoiatria)

### 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 di € 220,00 tramite il sistema pagoPA (il bollettino sarà stampato all'atto di presentazione della domanda).  
*N.B: tale somma comprende la tassa di reinscrizione 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.*
- 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 ETRA 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'assenza 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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

*(riservata ai laureati in odontoiatria)*

*Imposta di bollo*  
€ 16.00

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

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nome

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**CHIEDE**

la reiscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
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

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

di essere cittadino/a

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

di essere residente a

	prov.		Cap	
--	-------	--	-----	--

in

	civ	
--	-----	--

di essere domiciliato a (indicare se diverso da residenza)

	prov.		Cap	
--	-------	--	-----	--

in

	civ	
--	-----	--

di aver conseguito il diploma di laurea in

odontoiatria e protesi dentaria il

presso l'Università degli Studi

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

sede di / corso di laurea

anno accademico 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

		,		/		
--	--	---	--	---	--	--

**(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 REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

*(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"/>

**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"/>

**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"/>

• Specialista equiparato

Sì     No

# DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

## (riservata ai laureati in odontoiatria)

**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

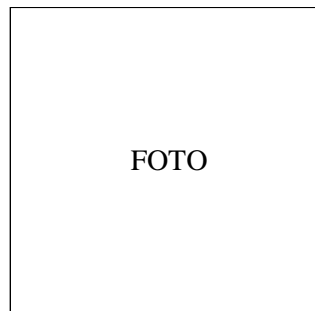
identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

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 DEGLI ODONTOIATRI**  
*(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  /  /  €
- 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](mailto:info@ordinemedicilatina.it)
- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

