



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 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](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](mailto: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 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

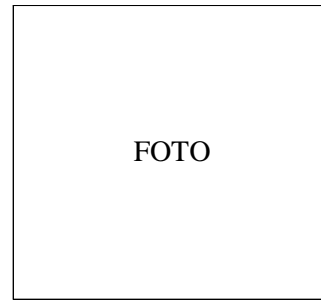
Sì   
  No



# DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

*(riservata ai laureati in odontoiatria)*

**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

Timbro e firma del funzionario addetto

data

 /  / 


**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

