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

☐ Versamento in contanti, all'atto della presentazione della domanda, di **€ 220,00.**
N.B: tale somma comprende la tassa di reiscrizione 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.

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 nella sede dell'Ordine 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)
All'atto della presentazione della domanda sarà consegnata l'informativa al trattamento dei dati personali ex articolo 13 D.lgs 196/2003.

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

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 DEI MEDICI CHIRURGHI.

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 residente a — prov — cap

  in — civ

- di essere cittadino/a

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il — presso l'Università degli Studi (se Sapienza indicare 1°/2° e se Latina: LT)

  sede di

  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

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

PRECEDENTI ISCRIZIONI ALBO MEDICI CHIRURGHI

Prima iscrizione giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

Successive eventuali giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

Ultima iscrizione giorno / mese / anno — Ordine della provincia di

Non più iscritto dal giorno / mese / anno

Specializzazioni

1° • in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno — con voto , / su — lode

2° • in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno — con voto , / su — lode

Dottorato di Ricerca

• in

Università degli Studi di

giorno / mese / anno — con voto , / su

- Autorizzato ad esercitare attività psicoterapeutica SI NO
- Competente in medicina del lavoro SI NO
- Autorizzato sorveglianza radiazioni ionizzanti SI NO
- Specialista equiparato SI NO
- Diploma di formazione specifica in medicina generale giorno / mese / anno — regione

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

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.

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

☐ 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.

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 - 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 sua 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

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 ☐
- Fotocopia documento di identità valido ☐
- Fotocopia codice fiscale ☐
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

INFOMAZIONI INTEGRATIVE

Cognome

Nome

Telefono abitazione

Telefono lavoro

Fax

Cellulare 1

Cellulare 2

Indirizzo di posta elettronica

Secondo recapito diverso dalla residenza

Comune prov cap

in civ

Chiedo che la corrispondenza sia spedita:

- ☐ all'indirizzo di residenza
- ☐ al secondo recapito
- ☐ a tutti e due

Regolamento di individuazione dei criteri per la comunicazione e la diffusione dei dati personali (diversi da quelli sensibili e giudiziari) relativi agli iscritti agli albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina, emanato ai sensi dell'art. 19 e dell'art. 61 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

(approvato dal Consiglio Direttivo con delibera n.07/106 del 24 settembre 2005)

.....Art. 6

L'Ordine, su richiesta del singolo iscritto, può integrare i dati riportati sull'Albo con i recapiti telefonici, numero di fax e indirizzo di posta elettronica del professionista; ciò in ottemperanza al comma 3 del citato art. 61 D.Lgs 196/2003, che stabilisce che l'Ordine o Collegio professionale può, a richiesta della persona iscritta nell'albo, che vi ha interesse, integrare i dati obbligatoriamente previsti con ulteriori dati pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale.....

DATA **FIRMA**