



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
- 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).
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 DEGLI ODONTOIATRI
(riservata ai laureati in odontoiatria)

PRECEDENTI ISCRIZIONI ALBO ODONTOIATRI

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"/>

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

Specializzazioni

1° • in

<input type="text"/>

Università degli Studi di

<input type="text"/>

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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

2° • in

<input type="text"/>

Università degli Studi di

<input type="text"/>

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"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------

Dottorato di Ricerca

• in

<input type="text"/>

Università degli Studi di

<input type="text"/>

giorno mese anno con voto su

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

Master

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

• in

<input type="text"/>

Università degli Studi di

<input type="text"/>

giorno mese anno con voto su

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	,	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	---	----------------------	----------------------

• **Specialista equiparato**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

**DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
(riservata ai laureati in odontoiatria)**

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 CHIRURGI 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).

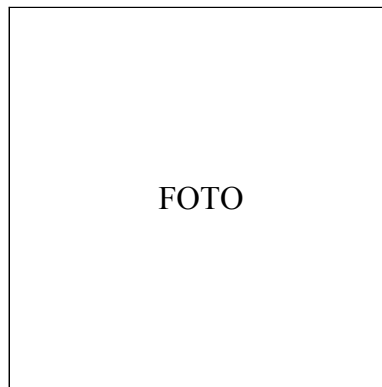
data

/ /

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO 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
- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

