

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI LATINA

ADUNANZA N. 5/2005 DEL CONSIGLIO DIRETTIVO DEL 08/07/2005
DELIBERA N. 05/060

PRESA D'ATTO APPLICAZIONE DPR 28 DICEMBRE 2000, N. 445: "TESTO UNICO DELLE DISPOSIZIONI LEGISLATIVE E REGOLAMENTARI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA"

Relatore: Dott. Giovanni Maria Righetti
Responsabile dell'istruttoria: Signor Guglielmo Sanguigni

IL CONSIGLIO DIRETTIVO

- Su proposta del Presidente;
- Ascoltata la relazione del Dott. Righetti, che ha illustrato la proposta di delibera di cui all'oggetto;
- Introdotte le eventuali modifiche al testo proposto;
- Ricordato che, con delibera n.06/088 del 10/06/99 (*"Modifica delibera n. 05-76 del 30.04.1998 a seguito della applicazione presso l'Ordine della legge 127/97 e del relativo regolamento di attuazione riguardante la certificazione per l'iscrizione e i trasferimenti dagli albi – autocertificazione"*), si è proceduto ad adottare ulteriori norme previste dalla normativa la fine di snellire i procedimenti amministrativi di competenza dell'Ordine ed approvare, di conseguenza, i relativi nuovi facsimile di domanda;
- Preso atto che, con Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, è stato approvato il "Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa" che ha sostituito ed abrogato la precedente normativa in materia;
- Vista la comunicazione della FNOMCeO n. 49 del 16 giugno 2005, con la quale si chiariscono alcuni aspetti riguardanti l'autocertificazione in sede di iscrizione e si suggeriscono modifiche del modulo di iscrizione all'albo provinciale;
- Considerato che i moduli adottati devono essere resi conformi, pur restando invariati nel contenuto, alle indicazioni fornite dalla Società Q S.r.l. che assiste l'Ente nel processo di certificazione di qualità ISO 9001:2000,

DELIBERA

Per quanto sopra esposto,

- Di prendere atto che, in materia di documentazione amministrativa, l'Ente è regolato dal Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, alle quale l'Ordine si è uniformato;
- Di confermare l'adozione della modulistica già approvata con delibera n.06/088 del 10/06/99, così come modificata a seguito delle indicazioni fornita dalla FNOMCeO con la comunicazione n. 49 del 16 giugno 2005, adeguata ai fini della certificazione di qualità ISO 9001:2000, e che si allega alla presente delibera;
- Di stabilire che ogni successiva variazione nella materia sarà predisposta dal personale dipendente sulla base delle mansioni loro affidate.

Letto, approvato e sottoscritto con la seguente votazione:

a favore n. 10 consiglieri
contrari n. 00 consiglieri
astenuti n. 00 consiglieri
Latina, 08.07.2005

Il Segretario f.f.
Dott. Francesco Angelini

Il Presidente
Dott. Giovanni Maria Righetti

Allegati n. 1



ELENCO MODULISTICA
(allegata alla delibera n. 05/060 del 08.07.2005)

Data em.	21./06/2005
Nome	n.
Revisione	00

FACSIMILI DOMANDE DI ISCRIZIONE AGLI ALBI:

- 1 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**
- 2 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**
- 3 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**
- 4 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**
- 5 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ANCHE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI (GIA' ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI) - (medici chirurghi immatricolati prima del 28.01.1980 o in possesso di specializzazione in campo odontoiatrico o superamento prova attitudinale D.L.vo 13.10.1998, n. 386)**
- 6 - DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE ANCHE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI (GIA' ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI) - (medici chirurghi immatricolati prima del 28.01.1980 o in possesso di specializzazione in campo odontoiatrico o superamento prova attitudinale D.L.vo 13.10.1998, n. 386)**
- 7- DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**
- 8 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DEI CITTADINI EXTRA U. E. - (art. 35, L. 40/98) E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**
- 9 - DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DEI CITTADINI EXTRA U. E. - (art. 35, L. 40/98) E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**
- 10 - DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI PER RINUNCIA**
- 11 - DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI PER RINUNCIA**
- 12 - DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITA' SANITARIA(valida per studi od associazioni tra sanitari)**
- 13 - DOMANDA RICHIESTA DI CONGRUITA' PARCELLE**

	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 1
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE


ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 2
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;

OPPURE

- di avere conseguito l'immatricolazione al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in data antecedente quella del 28 gennaio 1980 presso l'Università degli Studi di _____ e di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

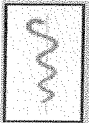
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 3
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

il trasferimento ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____, con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi di _____ dal _____ al n. _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita

di diritti;

- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data

FIRMA

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30


– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO ODONTOIATRI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 4
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

il trasferimento ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____ in via _____, Tel _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____ in via _____, Tel _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentale il _____ presso l'Università degli Studi di _____, con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale degli odontoiatri di _____ dal _____ al n. _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data

FIRMA

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30


– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI ISCRIZIONE ANCHE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI (GIÀ ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGI) - (medici chirurghi immatricolati prima del 28.01.1980 o in possesso di specializzazione in campo odontoiatrico o superamento prova attitudinale D.L.vo 13.10.1998, n. 386)	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 5
		Revisione	00

**Bollo
Euro 14,62**

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea precedentemente al 28.1.1980
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri ai sensi dell'art. 1, 1° comma del D. L.vo 386/98;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;
- di essere iscritto all'Albo dei medici chirurghi dal _____ al n. d'ordine _____.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

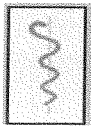
**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 - DPR28.12.2000, N. 445), che il Dott. _____ identificato a mezzo di documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE ANCHE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI (GIÀ ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI) - (medici chirurghi immatricolati prima del 28.01.1980 o in possesso di specializzazione in campo odontoiatrico o superamento prova attitudinale D.L.vo 13.10.1998, n. 386)	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 6
		Revisione	00

**Bollo
Euro 14,62**

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione per trasferimento all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85;
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri ai sensi dell'art. 1, 1° comma del D. L.vo 386/98;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;
- di essere iscritto all'albo provinciale degli odontoiatri di _____ dal _____ al n. _____;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di essere iscritto all'Albo dei medici chirurghi di Latina dal _____ al n. d'ordine _____.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

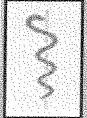
**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 - DPR28.12.2000, N. 445), che il Dott. _____ identificato a mezzo di documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 7
		Revisione	00

**Bollo
Euro 14,62**

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

la reinscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di essere iscritto all'Albo provinciale degli odontoiatri di codesto Ordine dal _____ per opzione al n. d'ordine _____;

oppure

- di essere stato iscritto all'Albo provinciale dei Medici Chirurghi di codesto Ordine dal _____ al _____ al n. d'ordine _____;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

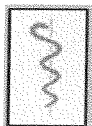
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....



**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI
MEDICI CHIRURGHI DEI CITTADINI EXTRA
U. E. - (art. 35, L. 40/98) E CONTESTUALE
AUTOCERTIFICAZIONE**

Data em.	21/06/05
Nome	n. 8
Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 35 della legge 40 del 6 marzo 1998.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- **di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi:**
__ lavoro subordinato, __ lavoro autonomo, __ familiari;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

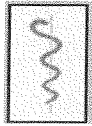
ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....



**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI DEI CITTADINI EXTRA U. E. -
(art. 35, L. 40/98) E CONTESTUALE
AUTOCERTIFICAZIONE**

Data em.	21/06/05
Nome	n. 9
Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 35 della legge 40 del 6 marzo 1998.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- **di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi:**
__ lavoro subordinato, __ lavoro autonomo, __ familiari;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentale il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE


**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30
– DPR 28.12.2000, N. 445 che il Dott. _____
identificato a mezzo documento _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

	DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI PER RINUNCIA	Data em.	21./06/2005
		Nome	n. 10
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____ in Via _____
iscritto all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI con numero
d'ordine

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11,
lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria
personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

Data

FIRMA

.....

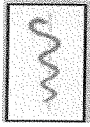
**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in
sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato



**DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO
DEGLI ODONTOIATRI PER RINUNCIA**

Data em.	21/06/05
Nome	n. 11
Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

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

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il _____,
residente a _____ prov. _____ in Via _____
iscritto all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI con numero
d'ordine

CHIEDE

la CANCELLAZIONE DALL'ALBO DEI DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11,
lett. d) DLCPS 233/46.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28.12.2000, N. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria
personale responsabilità (art. 76 – DPR 28.12.2000, N. 445),

Data

FIRMA

.....


**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI LATINA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in
sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato

	DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE ALLA PUBBLICITA' SANITARIA (valida per studi od associazioni tra sanitari)	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 12
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

RACCOMANDATA A.R.

AL SINDACO DEL COMUNE DI
Tramite l'Ordine dei Medici C. e O. di Latina.

...L.....SOTTOSCRITT.....DOTT.....

RESIDENTE IN VIA.....

TELEFONO SPECIALISTA IN

STUDIO SITO IN VIA

ISCRITTO ALL'ALBO

PROFESSIONALE DEI MEDICI CHIRURGHI ODONTOIATRI
 CON ANNOTAZIONE EX ART. 5 L 409/85

DELLA PROVINCIA DIAL N° DI POSIZIONE.

CHIEDE

L'AUTORIZZAZIONE AD EFFETTUARE PUBBLICITA' SANITARIA AI SENSI DELLA
LEGGE 5.2.1992 N° 175 E DEL D.M. 16.9.1994 N° 657.

- * AFFISSIONE DI TARGA MURARIA cmX..... . h. caratteri cm.....
- ** INSERZIONE SULLE PAGINE GIALLE SEAT cmX.....
- ** INSERZIONE SU ELENCO TELEFONICO TELECOM. cmX.....
- ** INSERZIONE SITO INTERNET E STAMPA (art. 12 L. 362/99)

PRESENZA DEL SIMBOLO RAPPRESENTATIVO DELLA PROFESSIONE MEDICA SI NO

- * dimensioni massime 3000 cmq ovvero 50X60 con caratteri a stampatello di grandezza non superiore a cm 8.
- ** dimensioni massime 50 cmq ovvero 5X10 con caratteri conformi a quelli normalmente usati e senza riquadri o sottolineature.

CONTENUTO E CARATTERISTICHE DELLA TARGA E/O INSERZIONE:

DICHIARO CHE RIPORTERO' SUL MESSAGGIO PUBBLICITARIO IL NUMERO E LA DATA DELL'AUTORIZZAZIONE RILASCIATA DAL SINDACO.

Latina,

.....
Firma

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LATINA

Questo Ordine esaminata la presente richiesta esprime parere:


FAVOREVOLE

SFAVOREVOLE

Latina,

IL PRESIDENTE DELL' ORDINE

.....

	DOMANDA RICHIESTA DI CONGRUITA' PARCELLE	Data em.	21/06/05
		Nome	n. 13
		Revisione	00

Bollo
Euro 14,62

Al Presidente della Commissione
iscritti all'Albo dei medici chirurghi
e/o odontoiatri della provincia di

LATINA

OGGETTO: Richiesta parere di congruità' parcella.

Il sottoscritto Dott. domiciliato a
in Via n., iscritto all'Albo professionale dei Medici Chirurghi
e/o degli Odontoiatri con posizione n....., fa presente che, dal al ha
effettuato in favore del Sig. (1) domiciliato a in
Via n. le seguenti prestazioni (2):

Data	Prestazione	Importo Euro
.....
.....
.....
Totale onorario	

Poiché il paziente risulta tuttora insolvente, il sottoscritto chiede che codesto Ordine voglia esprimere parere di congruità in merito ai predetti onorari.

Si dichiara che per le prestazioni descritte c'è/non c'è stato accordo sull'onorario al momento dell'incarico

Si dichiara che rispetto al preventivo concordato è intervenuta una nuova situazione di complicità comunicata al paziente che ha determinato una variazione di onorario di Euro

Data

Firma

(1) Nelle ipotesi in cui le prestazioni siano state effettuate per conto di altri, (come ad esempio nel caso di minori, ai quali le prestazioni vengono rese per conto dei genitori) indicare anche il nominativo e l'abitazione dei medesimi.

(2) L'elencazione delle varie prestazioni deve essere puntuale con i relativi onorari indicati (ad esempio: n. 20 visite domiciliari euro.....). Per prestazioni odontoiatriche indicare i quadranti (ad esempio: n.3 estrazioni euro

Se le prestazioni sono state rese presso una Casa di Cura privata indicare quale.