

SPAZIO  
MARCA  
DA BOLLO € 16,00

Spett.le  
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri - Campobasso

Via Mazzini, 129/A - Campobasso

A mezzo PEC: [info.cb@pec.omceo.it](mailto:info.cb@pec.omceo.it)

## DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEGLI ODONTOIATRI

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....

### C H I E D E

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine

e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

#### DICHIARA

**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

• di essere nato/a a ..... Prov. .... il. ....

• codice fiscale.....

• di essere residente a ..... Prov. .... CAP.....

in Via/P.zza ..... n°.....

• di essere domiciliato/a a..... Prov. .... CAP.....

in Via/P.zza..... n°.....

• di essere cittadino/a .....

• Tel..... Cell.....

• E-mail..... PEC.....

• di avere il pieno godimento dei diritti civili;

• di avere conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria in data ...../...../.....

presso l'Università degli Studi di ..... con voto...../110.....

anno di immatricolazione al corso di laurea .....

[ ] di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione..... Anno.....

con voto..... presso l'Università degli Studi di .....

di NON AVER RIPORTATO condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

di NON AVER RIPORTATO condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel casellario giudiziale;

di AVERE RIPORTATO le seguenti 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 inerire anche le sentenze di patteggiamento):*

di NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

---

---

• di NON ESSERE iscritto in altro Albo provinciale degli Odontoiatri;

di NON ESSERE mai stato iscritto in altro Albo provinciale degli Odontoiatri;

di ESSERE STATO iscritto all' Albo provinciale degli Odontoiatri di:

---

*(Nel caso di re-iscrizione produrre copia conforme del provvedimento di cancellazione)*

- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione modifica o perdita di diritti
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).
- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.
- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;

- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.

Data .....

firma.....

---

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di **CAMPOBASSO**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il/la  
Dott./ssa \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo di \_\_\_\_\_  
ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato/a  
che riceve l'istanza

**Questa dichiarazione è equivalente a “dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà”  
(art.47 del D.P.R. 445/2000)**

**DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE**

(art.16 legge comunitaria 21.12.1999 n°526 e art. 9 lettera i) – legge 11 gennaio 1979, n°12

Il/la sottoscritto/a .....

Nato/a a.....Prov (.....) il ...../...../.....

Codice Fiscale: .....

Residenza anagrafica nel comune di .....Prov (.....), CAP .....

Via/P.zza..... n° .....

Tel..... Cell.....

e - mail.....@ ....., PEC.....@.....

svolgendo l'attività professionale in forma

autonoma

dipendente

**Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445**

**DICHIARA**

di avere stabilito il proprio domicilio professionale a:

Comune..... Prov (.....), CAP .....

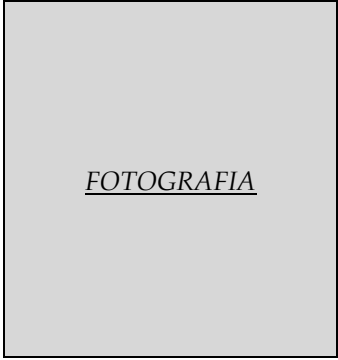
P.zza/Via..... n° .....

Tel..... e-mail.....@.....

*Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.*

Luogo e data

Firma



Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....

**AUTORIZZO**

l'utilizzo delle fotografie per gli usi Istituzionali.

**DICHIARO**

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della Legge sulla privacy (675/96 *succ. mod. ed integrazioni*) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (*art.7 del D.lgs. 196/2003*).

Campobasso, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Questa dichiarazione è equivalente a “dichiarazione sostitutiva dell’atto di notorietà”  
(art.47 del D.P.R. 445/2000)**

**Si allega alla presente:**

- a) copia documento di identità in corso di validità;
- b) fotocopia della tessera del codice fiscale o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- c) una fotografia formato tessera da allegare alla domanda;
- d) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato Intestato a Agenzia delle Entrate – Centro operativo di Pescara – Tassa concessioni governative.  
Specificare:
  - 1. nei pagamenti (da home banking, dal tabaccaio, con bollettino postale in bianco on line ) è soltanto possibile indicare:
    - (a) la causale: iscrizione albo professionale degli Odontoiatri
    - 2. nei pagamenti con bollettino precompilato (già intestato all'Ag. Entrate, Centro Operativo Pescara...) su c/c 8003, da richiedere all'Ufficio Postale) o utilizzando il bollettino precompilato editabile, è possibile indicare soltanto:
      - (b) il codice tariffa: 8617;
      - (c) il tipo di versamento: barrare "rilascio";
  - e) versamento di € 100,00 (**quota di iscrizione all'Albo annuale** che ammonta ad **€ 90,00 + € 10,00 diritti di segreteria**) a mezzo di bollettino PagoPa. Per richiedere il bollettino da pagare inviare una richiesta via mail a: [info@ordineideimedicici.cb.it](mailto:info@ordineideimedicici.cb.it) indicando Nome, Cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza e email;
  - f) per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso di soggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine;
  - g) informativa sul trattamento dati ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679);
  - h) una marca da bollo di €16,00.

PER ULTERIORI INFORMAZIONI E DELUCIDAZIONI SI PREGA DI TELEFONARE NEGLI ORARI D'UFFICIO al numero: **0874/69177**