

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

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

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

C H I E D E

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI 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 Medicina e Chirurgia 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 aver acquisito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2018, n. 58;

[] di aver conseguito la valutazione del tirocinio prescritta dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca n. 445 del 2001;

[] di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia con valore abilitante all'esercizio della professione medica per i laureati in medicina che ricadono nella fattispecie di cui all'art. 102 del D.L. 17/03/2020 n. 18;

[] 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 dei Medici Chirurghi;

[] di NON ESSERE mai stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;

[] di ESSERE STATO iscritto all' Albo provinciale dei Medici Chirurghi di:

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

- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- 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 aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati pubblicata sul sito istituzionale 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);
- di prestare il consenso all'utilizzo della email, del numero di telefono cellulare e all'iscrizione nella mailing list tenuta e gestita dall'Ordine, autorizzando il connesso trattamento dei dati per le finalità connesse all'esecuzione dei compiti istituzionali di interesse generale attribuiti all'Ordine;

- autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsente 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;
- 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;
- 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

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 diProv (.....), 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°

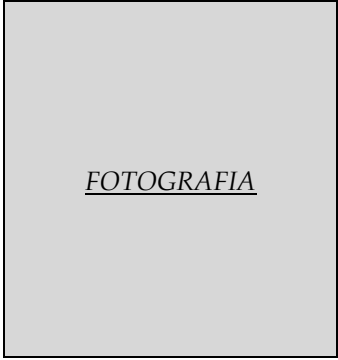
Tel..... e-mail.....@.....

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

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



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) due fotografie 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 dei Medici Chirurghi
 - 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@ordinedeimedici.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**