

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 ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE**

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

**C H I E D E**

ai sensi dell' art. 9, lettera e) d.l.c.p.s. n. 233/46 così come modificato dalla legge n. 362/91, di ottenere l'iscrizione per

trasferimento 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 in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ..... Prov ( )

[ ] di esercitare nel Comune di ..... Prov ( )

- 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 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 essere iscritto all'Albo Prov.le dei Medici Chirurghi di .....  
dal ...../...../.....

• di avere la prima iscrizione all'Albo Prov.le dei Medici Chirurghi di.....  
dal ...../...../.....

[ ] 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 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 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.....

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

---

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi e degli 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 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

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

FOTOGRAFIA

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)**

**DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE A SEGUITO  
DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

**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) versamento di € 13,00 quota di trasferimento Albo a mezzo di bollettino PagoPa. Per richiedere il bollettino da pagare inviare una richiesta via mail a: [info@ordinedeimedici.cb.it](mailto:info@ordinedeimedici.cb.it) indicando Nome, Cognome, codice fiscale, indirizzo di residenza e email;
- e) per i cittadini non appartenenti all'Unione Europea, presentazione di valido permesso di soggiorno al personale degli uffici di segreteria dell'Ordine.
- f) Informativa sul trattamento dati ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).
- g) una marca da bollo di € 16,00

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

