

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHICI E DEGLI ODONTOIATRI DI CAMPOBASSO**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHICI/ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi della legge 286/98 e del DPR 394/99

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 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 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445).

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

- codice fiscale _____;

- di essere residente a _____ prov. _____

in via _____ n° _____ CAP _____;

Tel. _____ - Cell. _____;

- posta elettronica _____ PEC _____;

- di essere domiciliato/a a _____ prov. _____

in via/P.zza _____ n° _____ CAP _____;

- di essere cittadino/a _____;

- di essere in possesso del permesso di soggiorno rilasciato da _____

con scadenza _____ motivo del rilascio _____

ovvero di avere richiesto il rinnovo in data _____ del permesso di soggiorno rilasciato da

_____ scaduto il _____ con

motivo _____;

- di essersi immatricolato al corso di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria nell'anno _____;

- presso l'Università degli Studi di _____;

- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea ovvero di essere stato autorizzato anche se immatricolato in soprannumero, dal Governo dello Stato di appartenenza

- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____

Specificare se laurea magistrale o laurea abilitante classe LM/41

presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____
anno immatricolazione _____

- di essersi abilitato alla professione in data _____ presso l'Università degli Studi
di _____

- di non aver riportato condanne penali

- 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 aver 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 sui diritti e sui limiti di cui al Regolamento UE 679/2016 concernente "La tutela delle Persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali".

FIRMA

Data

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

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)**

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 _____

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROFESSIONALE
--

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**