

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI CROTONE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

..L. SOTTOSCRITT. DOTT
NATO A (PROV.....) IL
CITTADINO RESIDENTE IN (PROV.....)
C.A.P VIA
TEL..... CELL..... INDIRIZZO E MAIL
CODICE FISCALE.....

**CHIEDE A CODESTO ORDINE QUALE CITTADINO DI UNO STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA
L'ISCRIZIONE ALL'ALBO
DEI MEDICI-CHIRURGHI [] DEGLI ODONTOIATRI []**

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI,
SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000, DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

MEDICINA E CHIRURGIA (*)
DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN
 ODONTOIATRIA
IL CON VOTI PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DI DI AVER CONSEGUITO L'ABILITAZIONE NELLA
SESSIONE DI CON VOTI PRESSO
L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI (*)IMMATRICOLATO
NELL'ANNO ACCADEMICO

DICHIARA INOLTRE DI:

NON AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI;

AVERE RIPORTATO 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)

NON ESSERE INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE;

**NON ESSERE STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO
RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE;**

**.L. SOTTOSCRITT. DICHIARA DI NON ESSERE M AI STATO ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE
PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL TERRITORIO NAZIONALE (DIVERSAMENTE INDICARE
DOVE E QUANDO)**

**DI NON ESSERE IMPIEGATO IN UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IL CUI ORDINAMENTO VIETI L'ESERCIZIO DELLA
LIBERA PROFESSIONE;**

**CHE IL PROPRIO RAPPORTO DI LAVORO E' A TEMPO PARZIALE CON ORARIO NON SUPERIORE ALLA METÀ
DI QUELLO ORDINARIO.**

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E-MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

[] DICHIARA INOLTRE CHE OTTENUTA L'ISCRIZIONE SUDDETTA COMUNICHERÀ TEMPESTIVAMENTE IL PROPRIO DOMICILIO PROFESSIONALE EV CROTONE O PROVINCIA.

Data

Firma

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'alt. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig..

(Timbro e firma del funzionario)

ALLA DOMANDA SI DOVRÀ ALLEGARE:

- a) ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00=, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA;
- b) N. 2 FOTOGRAFIE A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE

SI DOVRÀ CORRISPONDERE LA QUOTA DI ISCRIZIONE

La quota di iscrizione pari a € 154.94, dovrà essere versata a mezzo di Bonifico bancario intestato all'Ordine Provinciale di Crotone dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, presso **BANCA PROSSIMA SPA, IBAN IT78 T033 5901 6001 0000 0107 315.**

Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà al sanitario la quota versata.

Per gli anni successivi il tributo annuale per gli iscritti all'**Albo dei Medici Chirurghi** è di € 148,50 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale.

Per gli anni successivi il tributo annuale per gli iscritti al **solo Albo degli Odontoiatri** è di € 148,50 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale.

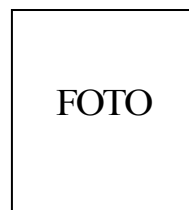
Per gli anni successivi, per i **doppi iscritti**, il tributo annuale per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri è di € 121,00 e verrà esatto a mezzo di bollettino di conto corrente postale insieme al tributo annuale di € 148,50 dovuto per l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi.

N.B. QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODELLO

(*) A SEGUITO DI QUANTO È SANCITO DALL' ART. 4 D.LGS 08.07.2003, N. 277 CIRCA LE MODIFICHE ALLA LEGGE 24.07.1985, N. 409 - ART. 20 RELATIVA ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA, L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI È CONSENTITA:

- **AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;**
- **AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980;**
- **AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI DOPO IL 28.01.1980 ED ENTRO IL 31.12.1984 CHE HANNO SUPERATO LA PROVA ATTITUDINALE DI CUI AL D.Lgs. 13.10.1998, N. 386;**
- **AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ NEGLI ANNI ACCADEMICI COMPRESI TRA L' A. A. 1980-81 E L' A. A. 1984-85 SPECIALISTI IN: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOGNATODONZIA.**

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. _____

Nato a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

identificato _____ con _____ documento _____

N. _____ rilasciato il _____

Dal _____

Data _____

Timbro e firma del funzionario

Ricevuta contabile n del

ALLEGATI:

- a Attestazione di versamento della tassa
sulle concessioni governative (€ 168,00=) []
- a N. 1 fotografia, identica a quella utilizzata per
l'identificazione, da utilizzare per predisporre il tesserino []

Altri atti consegnati e/o rilevazione note