

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

in bollo da €16,00

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI RIMINI

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

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

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ .prov _____ il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____
prov. _____ CAP _____;
- in Via _____ n. _____;
- Tel. _____ Cell. _____;
- e. mail _____ PEC _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con il voto di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione di _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere autorizzato all'esercizio in Italia della professione di Medico Chirurgo con decreto del Ministero della Salute in data _____;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
- di non avere 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 sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.

Data

Firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI RIMINI**

Il sottoscritto Incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott./ssa identificato a mezzo di Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI (DPR 5 aprile 1950, n.221 - Albo dei Medici Chirurghi)

Per l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi occorre la seguente documentazione:

- a) domanda in marca da bollo da €16,00 diretta all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Rimini (modulo disponibile presso la Segreteria dell'Ordine).
- b) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di €168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato a Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara, codice tariffa n. 8617, tipo di versamento rilascio (bollettino postale disponibile presso gli Uffici Postali o presso la Segreteria dell'Ordine).
- c) fotocopia tesserino codice fiscale.
- d) fotocopia documento d'identità valido.
- e) n. 01 fotografia a colori in formato digitale (via mail o su USB), in alternativa fototessera standard.
- f) Pagamento di €160,00 quale quota di iscrizione all'Ordine da effettuarsi con bonifico bancario e consegnare ricevuta del bonifico presso la Segreteria al momento di presentazione della domanda (bonifico a favore di: Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Rimini, codice IBAN: IT 92 E 05792 24201 CC0970004803 - causale: Nome e Cognome - quota prima iscrizione albo medici chirurghi) oppure pagamento attraverso POS (bancomat o carte di credito) o contanti presso la Segreteria del nostro Ordine.