

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
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 DEGLI ODONTOIATRI 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 Odontoiatria e Protesi Dentaria 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 Odontoiatra 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 DEGLI ODONTOIATRI  
(Legge 24 luglio 1985, n.409 - Albo degli Odontoiatri)**

Per l'iscrizione all'Albo degli odontoiatri occorre la seguente documentazione:

- a) domanda in carta 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 del 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.

Per il Pagamento della quota annuale di iscrizione all'Ordine l'odontoiatra riceverà via mail l'avviso di pagamento PagoPA.