

(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

Spett.le ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
PROVINCIA DI SONDRIO

Il sottoscritto Dr. _____

CHIEDE

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

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____; (che allega in copia)
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in Via _____, Tel. _____/
Cell. _____; indirizzo e-mail _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 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 di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieta 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 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 della legge 675/96.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI SONDRIO**

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

.....

PROCEDURA PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

- 1- Domanda di iscrizione, con bollo da € 16,00**
- 2- Ricevuta di versamento di c/c postale n. 8003 di € 168,00 (tassa concessioni governative) intestato a: UFFICIO REGISTRO TASSE GOVERNATIVE**
- 3- N.° 2 fotografie**
- 4- Quota di iscrizione all'Albo: Bonifico bancario € 125,00 IBAN IT08V0569611000000031790X71 Banca Popolare di Sondrio – Sede. Intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri Sondrio. Indicare come causale: Quota Prima Iscrizione Albo Medici (presentare copia versamento)**
- 5- Fotocopia documento personale identità in corso di validità***
- 6- Fotocopia Codice Fiscale**

LA DOMANDA POTRA' ESSERE PRESENTATA:

- * Personalmente dall'interessato;
- * da una terza persona delegata;
- * Inviata per posta.

** (ART. 35, 2' Comma D.P.R 445/2000: " Sono equipollenti alla carta di identità il passaporto, la patente di guida, la patente nautica, il libretto di pensione, il patentino di abilitazione alla conduzione di impianti termici, il porto d'armi, le tessere di riconoscimento, purché munite di fotografia e di timbro o di altra segnatura equivalente, rilasciate da un'amministrazione dello Stato)*