

MARCA DA
BOLLO
€ 16.00

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

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di Codesto Ordine (**DOPPIA ISCRIZIONE**)

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 responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;
- numero codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ cap _____ prov. _____
in via _____ tel _____;
cell. _____ e-mail _____
- P.E.C. (Legge 28.01.2009 n. 2) _____
- di essere cittadino/a _____;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di Abilitazione professionale nella _____ Sessione anno _____
presso l'Università degli Studi di: _____ con voto _____;
- di essere in possesso del requisito necessario per l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri:
 - Immatricolazione al relativo corso di laurea antecedentemente al 28/01/1980;
 - Diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della Legge 409/85 (specificare): _____
 - Di essere in possesso dell'attestato di idoneità di cui al D.lgs 386/98 conseguito presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- di non aver riportato condanne penali e/o di aver 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 alle sentenze di patteggiamento)

(segue retro)

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

ovvero

- di essere a conoscenza dei essere sottoposto a procedimenti penali: *specificare* _____

- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto/a in altro Albo Provinciale degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità ed irreperibilità né di essere stato/a 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/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96;
- **domicilio presso cui inviare eventuali comunicazioni** (*se diverso dalla residenza*):

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000 in presenza del funzionario incaricato/a a raccogliere la presente domanda

timbro e firma dell'Incaricato che
riceve l'istanza

**ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE
PER LA DOPPIA ISCRIZIONE**

- 1) **Domanda in bollo** da € 16,00, redatta secondo il modello sopra indicato, compilata in ogni singola voce (la firma di sottoscrizione deve essere leggibile e apposta per esteso);
- 2) Attestazione del versamento della **Tassa sulle Concessioni Governative** di € 168,00 da effettuarsi sul c/c postale n. 8003 intestato a:

Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara; nella causale specificare:
"Tassa Iscrizione Albo Professionale Medici-Chirurghi di Caserta";

- 3) Assegno circolare non trasferibile, rilasciato da qualsiasi Istituto Bancario, intestato a:
"Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Caserta"
di importo totale pari a € 221,96

così risultante:

- Tassa di Immatricolazione € 106,48
- Tassa di Iscrizione anno in corso all'Albo degli Odontoiatri € 106,48
- Rilascio Tessera d'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri € 9,00

- 4) N. 1 marca da bollo di € 2,00;
- 5) N. 2 foto (stessa posa e formato);
- 6) Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità;
- 7) Fotocopia del Codice Fiscale;
- 8) Posta Elettronica Certificata (PEC) ed e-mail da riportare sul modulo domanda d'iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi.