

(marca da bollo)

(da € 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all' **ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 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 personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. 28/12/2000 n.445),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- in via \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- 
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980;
- 
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art.19, comma 3 L. n. 409/85 come modificato dall'art 4 D.Lgs. 8/7/03 n.277;
- 
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ai sensi dell'art.1, comma 1 del D.Lgs. 13/10/98 n.386;
- 
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni 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 e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti 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 175/1996 e del Decreto Legislativo n.196 del 2003.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei 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 (\*) \_\_\_\_\_

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento , (artt. 30 e 38 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ -- rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_ Firma del legalizzante \_\_\_\_\_

(qualifica professionale C2 / B3 )

**ALLEGATI ALLA DOMANDA DI DOPPIA ISCRIZIONE**

Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di € 168 Da effettuarsi su c/c Postale (già prestampato dalle Poste Italiane) n. 8003 Intestato a: "Agenzia delle Entrate Tasse concessioni governative", Tipo di versamento: Rilascio. Causale : iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri, Codice Tariffa N. 8617.

Possono chiederla: gli specialisti, gli immatricolati al corso di laurea prima del gennaio 1980, i titolari di attestato previsto dal D.Lgvo 386/98 e i medici che hanno ottenuto anche la laurea in odontoiatria

N. 2 foto formato tessera uguali.

Documento di identità in corso di validità (italiano e non).

Fotocopia del Codice Fiscale

€ 84 da versare direttamente presso gli uffici di segreteria dell'Ordine contestualmente alla consegna dei documenti, per la quota di iscrizione all'Albo dell'anno in corso.