

(marca da bollo)
(da € 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 24 della L.n. 40 del 6/3/98 , e dell'art.1 comma 6 DL. 25/7/98 n.286 e D.P.R.394 del 31/8/99recante le norme di attuazione al suddetto decreto.

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 personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, lavoro autonomo e familiari;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, cap _____ tel _____;
- cell. _____ E-mail. _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria 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 _____,
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non essere stato ammesso in soprannumero a corsi di diploma di specializzazione
- di essere stato autorizzato (anche se in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza
- di non essere iscritto a scuole di specializzazione
- 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 in Italia o all'Estero (se SI indicare qualee dove.....)
- 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 675/96 e del Decreto Legislativo n. 196/2003.
- Allegato: permesso di soggiorno in corso di validità

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 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

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

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)

ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALBO MEDICI O ALBO ODONTOIATRI PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI

Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di € 168,00 da effettuare su C/C postale n.8003 intestato all'Agenzia delle Entrate – Tasse Concessioni Governative Tipo di versamento: Rilascio Causale:: Iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri . Codice Tariffa: n.8617 .

N. 2 foto formato tessera uguali

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

Fotocopia del Codice Fiscale

€ 107 per la quota annua di iscrizione all'Albo da versare direttamente presso gli Uffici di Segreteria dell'Ordine contestualmente alla consegna dei documenti.

Permesso di soggiorno:

con motivazioni: lavoro subordinato(non stagionale), lavoro autonomo, studio o formazione, familiare (anche permessi per adozione)

I permessi di soggiorno con scadenza "Illimitata" necessitano della motivazione del rilascio da parte dell' Ufficio competente

N.B.

Se iscritti al corso di laurea in soprannumero o a scuole di specializzazione in soprannumero: è necessaria la preventiva autorizzazione all'iscrizione all'Albo da parte dell'Autorità di Governo di provenienza e il preventivo assenso all'esercizio dell'attività lavorativa in Italia (D.Lgs 286/98 art.37 comma 1).