

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Modena

Il sottoscritto : Cognome

Nome

C H I E D Ela **contemporanea** l'iscrizione all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine (mantenendo iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi)

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000)

DICHIARA

- di essere nato aProv. CAP.....il
- codice fiscale di essere cittadino
- di essere residente/domiciliato aCAP.....prov. ;
in vian..... tel. ;
- indirizzo e-mail
- [] di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il
presso l'Università degli Studi di voto
- [] di aver superato l'esame di abilitazione alla professione di medico chirurgo nella sessione
dell'anno..... presso l'Università degli Studi di voto
- [] di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia antecedentemente al
28.01.1980, presso l'Università di
- [] di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea in medicina e chirurgia negli anni accademici dal
1980-1981 al 1984-1985, presso l'Università di
- [] di essere in possesso di un diploma di specializzazione in
ai sensi del DM 18/09/2000, conseguito presso l'Università degli Studi di
in data
- di essere iscritto all'Albo prov.le dei Medici Chirurghi di in data.....
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione 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 esser sottoposto a procedimenti penali;
- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- 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 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 dei diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del DLgs 196/03 e esprime il proprio consenso al trattamento degli stessi anche per attività istituzionali non attinenti alla presente domanda.

Data.....

firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

DOCUMENTI DA CONSEGNARE ALLA SEGRETERIA DELL'ORDINE :

1. domanda in bollo;
2. ricevuta versamento **tassa di Concessione Governativa** € 168,00 (bollettino di c/c postale intestato a:
AGENZIA DELLE ENTRATE – Centro Operativo di Pescara – Via Rio Sparto, 21 65100
PESCARA - c/c n. 8003 - codice tariffa 8617);
3. copia bonifico bancario **tassa annuale di iscrizione all'Ordine** di € **50,00** da effettuare a:
 - ORDINE PROV.LE MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MODENA
 - c/o Banca Popolare dell'Emilia Romagna – sede di Modena –
IBAN IT 14 T 05387 12900 000000022412 BIC - BPMOIT22XXX
 - causale: cognome nome – quota iscrizione albo odontoiatri anno
4. fotocopia del documento di identità in corso di validità;
5. fotocopia del codice fiscale;
6. 3 foto tessera per il rilascio della tessera di iscrizione.