

Bollo
€ 16,00

Spett. le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI POTENZA
Via Vincenzo Verrastro 3/L
85100 POTENZA

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

Il/la sottoscritto/a

Ricevuta oralmente l'informativa sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali, di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196/03 e s.m. e i., pubblicata sul sito web ed affissa nei locali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza

CHIEDE

L'iscrizione all' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI ALBO ODONTOIATRI

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 L.04/01/1968; art. 76 DPR 445/2000 e successive modifiche.

DICHIARA

- di essere nato/a a Prov. il

- di essere cittadino/a

- codice fiscale

- di essere residente a cap. Prov.

in via Tel..... Cell.

- di essere domiciliato a cap. Prov.

in via Tel..... Cell.

- indirizzo e-mail

- indirizzo pec.....

- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia Odontoiatria

-Data immatricolazione universitaria: presso l'Università degli Studi

di Data di Laurea.....

con la votazione di /110 con lode.

- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale nella Sessione PRIMA SECONDA

dell'anno presso l'Università degli Studi di

con votazione

- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo

- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara :

- di non essere iscritto/a 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/a cancellato/a per morosità e irreperibilità né di essere stato/a radiato/a 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.

Luogo e data

FIRMA

.....

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

A CURA DELL ' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
POTENZA

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.
30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott./ssa
identificato a mezzo di

- Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza;
- Ha presentato a mezzo postale l' istanza;

Luogo e data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI POTENZA**

1. Ricevuta del Versamento di € **168,00** (Tassa di Concessione Governativa) da effettuarsi sul Bollettino C/C Postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate avente come causale: "Tassa Prima Iscrizione Albo Medici Chirurghi "
2. Ricevuta del Versamento di € **180,00** (Tassa di iscrizione quota annuale) da effettuare sul seguente numero di conto corrente :
IBAN: IT 41 N 05387 04204 000002397749
Intestato all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.
3. Copia fotostatica del documento d' identità e del codice fiscale (in corso di validità).