Marca da bollo
€ 14,62

Ordine Provinciale di Viterbo dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri
Ente di Diritto Pubblico (D.L.P.S. 13/09 - 1946 n. 233)
Via Genova 48 – Viterbo

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

_ _ SOTTOSCRITT_ DOTT. .....
NATO A .....PROV. .....IL.....
CITTADINO .....RESIDENTE IN.....(PROV. .....)
C.A.P. .....VIA.....N.....
TEL. .....CELL. ..... E-MAIL .....
CODICE FISCALE .....

CHIEDE L'ISCRIZIONE

☐ **ALL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI DI CODESTO ORDINE**

☐ **ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI CODESTO ORDINE**

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del D.P.R. 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 risulterebbero veritiere (ART. 75 D.P.R. 445/2000), dichiara, sotto la propria responsabilità, quanto segue:

*DI AVER CONSEGUITO LA **LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA/ODONTOIATRIA***
IL ..... CON VOTI ..... PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
*DI ..... DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE***
NELLA SESSIONE DI ..... CON VOTI ..... PRESSO
L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI.....

DICHIARA INOLTRE:

☐ *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 AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI CHE NON SONO SOGGETTE A ISCRIZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;*

☐ *DI AVERE 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 INSERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO).....
.....
.....
.....

☐ *DI GODERE DI DIRITTI CIVILI;*

☐ *DI NON ESSERE MAI STATO ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE 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 DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODNTOIATRI PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI 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.*

IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE:
I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE.

DATA _____ FIRMA _____

PRESENTAZIONE DIRETTA AL FUNZIONARIO ADDETTO
La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del / della

Sig. / Sig.ra _____
(TIMBRO E FIRMA DEL FUNZIONARIO)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO DEL DOTT. .....

[Timbro Ordine]

NATO A ..... IL.....
E RESIDENTE A .....IN VIA.....
..... IDENTIFICATO CON DOCUMENTO .....
N. .....RILASCIATO IL.....
DAL .....

DATA _____ FIRMA DEL MEDICO_____

FIRMA DEL FUNZIONARIO_____

Ricevuta contabile n. ..... del .....

ALLEGATI:
> Attestazione di versamento della tassa sulle concessioni governative (€ 168,00) ☐

> N. ..... fotografie, identiche a quella utilizzata per l'identificazione ☐

> Fotocopia documento d'identità valido ☐

> Fotocopia codice fiscale ☐

Altri atti consegnati, note... :
.....
.....
.....

NOTE INFORMATIVE

All'atto della presentazione della domanda si dovrà fornire:

1) Marca da bollo in corso di validità;

2) Attestato di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Agenzia delle Entrate;

3) N. 2 fotografie a colori formato tessera:
- per identificazione personale;
- per rilascio del tesserino di iscrizione all'albo;

(• tessera personale di riconoscimento: su richiesta con una foto in più) (*).

4) Codice fiscale in originale

5) Documento d'identità valido (preferibilmente carta d'identità)

SI DOVRÀ INOLTRE CORRISPONDERE:

- **La quota di iscrizione annuale di € 200,00 versata direttamente presso il nostro Ordine** (detta quota sarà corrisposta per gli anni successivi tramite cartella esattoriale. Attualmente la parte destinata alla F.N.O.M.C.E.O. è pari a € 23,00).

N.B.: Si rammenta che la domanda d'iscrizione dovrà essere firmata alla presenza del funzionario.

.....

(*) Art. 1 - 1. Al fine di tutelare il cittadino e di reprimere il fenomeno dell'abusivismo è istituito il tesserino personale di identificazione per i sanitari obbligatoriamente iscritti nei relativi albi professionali.
Art. 2 - 1. Il Medico-Chirurgo e l'Odontoiatria che esercitino la propria attività professionale presso studi, ambulatori o strutture sanitarie organizzate, debbono esporre, in visibile, il tesserino di identificazione di cui all'art. 1.
Art. 3 - 1. Il tesserino personale di identificazione viene predisposto e rilasciato dagli Ordini Provinciali dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di appartenenza. Il tesserino deve essere munito di una foto recente del titolare e deve, inoltre, riportare le relative generalità, nonché il numero relativo all'iscrizione all'Albo professionale di appartenenza ed ogni altra indicazione che renda facilmente accertabile la legittimazione all'esercizio della professione sanitaria.
2. Compete all'Ordine provinciale sovrintendere al corretto uso del predetto tesserino.