

Marca da bollo

da Euro 16,00

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

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA VALLE D'AOSTA**

Il/la sottoscritto/a : Cognome:

Nome

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO:

() DEI MEDICI CHIRURGHI

() DEGLI ODONTOIATRI

di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 24 della L. n. 40 del 6/3/98, dell'art. 1 comma 6 D.L. 25/7/98 n. 286 e del DPR n. 394 del 31/8/99 recante le norme di attuazione al suddetto decreto.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28/12/2000 n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ Prov. _____
Stato _____ il _____
- codice fiscale _____
- di essere cittadino/a _____
- di essere in possesso del permesso di soggiorno
motivo: _____
(lavoro subordinato, lavoro autonomo, motivi familiari, studio)
scadenza: _____
- di essere residente a/di avere il domicilio a _____
- Prov. _____ CAP _____
in Via _____ n. _____
- Tel. Ab. _____ Cellulare _____
- Indirizzo e-mail _____ @ _____
- indirizzo PEC _____ @ _____
- recapito postale **(da compilare solo se diverso dalla residenza/domicilio):** _____

di avere conseguito il Diploma di Laurea

in Medicina e Chirurgia

- in Odontoiatria

SE LAUREA ESTERA:

presso l'Università degli Studi di _____

- in data _____ con voto _____
- anno immatricolazione all'Università _____
- di essere autorizzato all'esercizio in Italia della professione di
 - Medico Chirurgo
 - Odontoiatra

con Decreto di riconoscimento/equipollenza del Ministero della Salute del _____;

SE LAUREA ITALIANA:

presso l'Università degli Studi di _____

- in data _____ con voto _____
- anno immatricolazione all'Università _____
- **(da compilare solo in caso di laurea non abilitante):**

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____

dell'anno _____ presso l'Università degli Studi

di _____ con voto _____

- ☐ 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 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 godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- ☐ di non essere iscritto in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- ☐ 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 dei dati personali ai sensi dell'art. 13 e 14 del Reg. UE 2016/679, del D.Lgs. 196/2003 e s.m.i..

Il/la sottoscritto/a, 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 dai 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

.....

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/Ia sottoscritto _____

nat _____ a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), dichiara sotto la propria responsabilità che:

Data _____

Il/La dichiarante

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi
della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato
a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....

DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA VALLE D'AOSTA

- **Domanda in bollo € 16,00** diretta all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Valle d'Aosta, l'istanza non può essere inviata per via telematica o mediante fax, atteso che deve essere redatta in bollo;
- **Fotocopia documento d'identità valido**, con riferimento alla residenza si rammenta che la Legge 362/91 ha modificato la lettera "e" dell'art. 9 del DLCPS 2333/46 consentendo agli esercenti le professioni sanitarie l'iscrizione all'Albo della provincia in cui viene svolta l'attività professionale in alternativa a quello della provincia in cui è fissa la residenza. In tal caso deve essere prodotta apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- **Permesso di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, o autonomo, motivi familiari o studio;**
- **Ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00** da pagarsi a mezzo c/c postale n° 8003 intestato all'Agenzia delle Entrate –Ufficio di Pescara- Tasse Concessioni Governative – codice tariffa 8617;
- **N° 02 fotografie** formato tessera a colori;
- Fotocopia del **Codice Fiscale**;
- **Ricevuta di versamento di € 307,00** (quota anno in corso + quota FNOMCeO + spese di segreteria) da pagarsi a mezzo del codice IUV generato dalla segreteria.