

# DOPPIA ISCRIZIONE

BOLLO

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI €16,00

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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri di Codesto Ordine.

Ai sensi del D.P.R. del 28/12/2000, n°445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere nato/a a: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

di essere residente a: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_

presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi di Codesto Ordine con n° \_\_\_\_\_

**A) di essere immatricolato al relativo corso di Laurea prima del 28.01.1980,**

**OPPURE**

**B) di essere in possesso dell'attestato comprovante il superamento della prova attitudinale prevista dal Dec.Leg.386/98 e successive modificazioni ed integrazioni,**

**OPPURE**

***C) Di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo Odontoiatrico ai sensi dell'art. 4-2° comma della legge 409/85,***

di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;

di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario Giudiziale 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 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 ed irreperibilità né di essere stato radiato/a 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;

di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della Legge 675/96.

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

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

DATA

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato

ATTESTA AI SENSI DEL DPR 445/2000

Che il dott \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo di: \_\_\_\_\_

Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

\_\_\_\_\_

ALLEGATI ALLA DOMANDA:

- 1) RICEVUTA COMPRAVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO 63,00  
(BANCA CARIPARMA IBAN: IT 79 L 06230 03539 000035707937)  
INTESTATO A: ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI NAPOLI—RIVIERA DI CHIAIA,9/C 80122 NAPOLI.
  - 2) RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA TASSA GOVERNATIVA  
DI EURO 168,00 SUL C/C POSTALE N° 8003.
  - 3) PAGAMENTO DI EURO 3,10 PER LA NUOVA TESSERA.
  - 4) UNA FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA.
- 
- A) CERTIFICATO DI IMMATRICOLAZIONE AL CORSO DI LAUREA;
  - B) ATTESTATO COMPROVANTE IL SUPERAMENTO DELLA PROVA  
ATTITUDINALE DECRETO LEGGE 386/98;
  - C) DIPLOMA DI SPECIALIZZAZIONE IN CAMPO ODONTOIATRICO, AI  
SENSI DELL'ART.4 COMMA 2° DELLA LEGGE409/85.