

**ALBO MEDICI – CHIRURGHI. DOMANDA DI REISCRIZIONE**

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

**CHIEDE**

La **reiscrizione** all'Albo dei Medici-Chirurghi di codesto Ordine Professionale.

A tal fine, il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46,47,48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze di cui agli art. 75 e 76 del medesimo D.P.R.,

**DICHIARA DI**

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

essere cittadino/a \_\_\_\_\_ di avere il seguente codice fiscale \_\_\_\_\_

resiedere a: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell . \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_ pec \_\_\_\_\_

Avere (**compilare solo se diverso/i dalla residenza**):

- Il seguente domicilio eletto \_\_\_\_\_

- Il seguente domicilio professionale \_\_\_\_\_

Aver conseguito la laurea in Medicina e Chir. il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_

con voto \_\_\_\_\_, di essersi immatricolato al predetto Corso di laurea nell'a.a. \_\_\_\_ e di aver superato l'esame di

abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di: \_\_\_\_\_

nell'anno \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**SCEGLIERE (con una crocetta) L'OPZIONE RISPONDENTE ALLA PROPRIA SITUAZIONE**

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,

**O, IN ALTERNATIVA,**

di avere le seguenti situazioni penali (specificare): \_\_\_\_\_

di non essere sottoposto a procedimenti penali,

**O, IN ALTERNATIVA,**

di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali: \_\_\_\_\_

di godere dei diritti civili,

**O, IN ALTERNATIVA,**

di non godere dei diritti civili;

di non essere iscritto/a in altro Albo dei Medici-Chirurghi di un Ordine provinciale e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione,

**O, IN ALTERNATIVA,**

di essere iscritto/a in altro Albo dei Medici-Chirurghi di un Ordine e/o di essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione, secondo quanto di seguito specificato: \_\_\_\_\_

Di essere stato iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

- di non essere stato/a cancellato per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo di Ordine provinciale,

**O, IN ALTERNATIVA,**

- di essere stato/a cancellato/a per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi e/o di essere stato/a radiato/a, secondo quanto di seguito specificato: \_\_\_\_\_

- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo,

**O, IN ALTERNATIVA,**

- di aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

- di non essere o non essere stato iscritto/a in altro Albo dei Medici-Chirurghi di Ordine (o Ente assimilabile) della Comunità Europea o di altro Paese extracomunitario,

**O, IN ALTERNATIVA,**

- di essere (o essere stato) iscritto/a in altro Albo dei Medici-Chirurghi di Ordine (o Ente assimilabile) della Comunità Europea o di altro Paese extracomunitario, secondo quanto di seguito specificato: \_\_\_\_\_

- di non aver mai riportato sanzioni disciplinari presso altro Albo dei Medici-Chirurghi di Ordine (o Ente assimilabile) nazionale, della Comunità Europea o di altro Paese extracomunitario,

**O, IN ALTERNATIVA,**

- di aver riportato una o più sanzione\i disciplinare\i presso altro Albo dei Medici-Chirurghi di Ordine (o Ente assimilabile) nazionale, della Comunità Europea o di altro Paese extracomunitario, secondo quanto di seguito specificato: \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, con la sottoscrizione della presente istanza, dichiara, inoltre:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;  
 di essere stato/a informato/a sulle finalità del trattamento a cui sono destinati i dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 e del D. Lgs. n° 196/2003.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n° 445 del 2000 in caso di dichiarazione 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 e ribadisce che tutto quanto sopra corrisponde al vero.

**DA FIRMARE SOLO ALL'ATTO DELLA CONSEGNA**

DATA

FIRMA

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

\_\_\_\_\_

**Parte da non compilare, in quanto riservata all'Ufficio ricevente**

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato dell'Ordine,

ATTESTA, AI SENSI DEL DPR 445/2000

Che il/la Dr./Dr.ssa \_\_\_\_\_

Identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_

Ha sottoscritto in sua presenza la presente istanza.

DATA

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

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

\_\_\_\_\_

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI NAPOLI

**ELENCO DEI DOCUMENTI OCCORRENTI PER L'ISCRIZIONE  
ALL'ORDINE**

1. ESTRATTO DI NASCITA;
  2. CERTIFICATO DI LAUREA CON VOTO FINALE;
  3. CERTIFICATO DI ABILITAZIONE CON VOTO FINALE;
  4. CERTIFICATO DI CITTADINANZA ITALIANA;
  5. CERTIFICATO GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;
  6. CERTIFICATO DI RESIDENZA;
- 

N.B.: I CERTIFICATI DI CUI AI PUNTI 1-2-3-4-5 e 6  
SONO SOSTITUITI DA AUTOCERTIFICAZIONE  
AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

---

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'ISCRIZIONE

7. UNA FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA ;
8. COPIA DEL CODICE FISCALE ;
9. COPIA DELLA RICEVUTA DELLA TASSA REGIONALE  
DELL'ABILITAZIONE ;
10. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO .
  
11. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO  
104,93  
TRAMITE IL SISTEMA PAGO PA PER NUOVA ISCRIZIONE. (**VEDI  
ALLEGATO**)
  
12. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA  
TASSA GOVERNATIVA DI EURO 168,00 (CONTO CORRENTE POSTALE  
N°8003)-TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE

Allegato

**Per effettuare il pagamento tramite sistema “PagoPA” cliccare sul seguente link:**

**<https://mascherecontestuali.italriscossioni.it/?nome=OMCEONAPOLI&ref=1&id=200>**