

BOLLO
€ 16,00

All'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi
e degli Odontoiatri di Napoli

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DI "DOPPIO ISCRITTO"

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione per trasferimento all'Albo dei **Medici -Chirurghi** ed all'Albo degli **Odontoiatri** di codesto Ordine Professionale.

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 ____/____/____

di essere cittadino/a _____ di avere il seguente codice fiscale _____

di essere residente a: _____ prov. _____

via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____ mail _____ pec _____

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

- Il seguente domicilio eletto _____

- Il seguente domicilio professionale _____

di aver conseguito la laurea in **Medicina Chirurgia** il ____/____/____ presso l'Università degli studi

di _____ con voto _____ e di essersi immatricolato al predetto Corso di laurea nell'a.a. _____

(ex art. 20 co. 1 lett. a L. n. 409/1985)

O, IN ALTERNATIVA

Di avere iniziato la formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 ed entro il 31 dicembre 1984 e di essere in possesso dell'attestato comprovante il superamento della prova attitudinale prevista dal D.Lgs. N° 386/98 e successive modificazioni ed integrazioni, come da certificato che si allega (Prima ipotesi ex art. 20 co. 1 lett. a L. n. 409/1985)

O, IN ALTERNATIVA

Di avere iniziato la formazione universitaria in medicina dopo il 28 gennaio 1980 ed entro il 31 dicembre 1984 e di essere in possesso della specializzazione in:

- Odontoiatria e protesi dentaria
- Chirurgia odontostomatologica
- Odontostomatologia
- Ortognatodonzia

Conseguita il _____ presso l'Università degli Studi di _____ (Seconda ipotesi ex art. 20 co. 1 lett. b L. n. 409/1985).

O, IN ALTERNATIVA

Di avere iniziato la formazione universitaria in medicina dopo il 31 dicembre 1984 e di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo Odontoiatrico, ovvero in _____ il cui corso di studi ha avuto inizio entro il 31 dicembre 1994, ovvero il _____ (ex art. 20 co. 1 lett. b-bis L. n. 409/1985)

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli studi di: _____ nell'anno _____ con voto _____

- di essere iscritto all'Albo provinciale dei Medici chirurghi di _____ in data _____
- di essere iscritto all'Albo provinciale degli Odontoiatri di _____ in data _____

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

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam,
O, IN ALTERNATIVA,
- di non essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam;
- 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 stato/a cancellato per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo 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;

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 mendace 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 Dott./Dr.ssa _____

Identificato/a a mezzo _____

Ha sottoscritto in sua presenza la presente istanza.

DATA

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

_____/_____/_____

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

- 1) RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO 28,92 DIRITTI DI SEGRETERIA PER TRASFERIMENTO, TRAMITE IL SISTEMA PAGOPA INTESTATO A: ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI
- 2) 1 FOTO FORMATO TESSERA
- 3) FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE
- 4) FOTOCOPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO