

BOLLO
€ 16,00

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

ALBO ODONTOIATRI. DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione 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 Odontoiatria il ____/____/____ presso l'Università degli studi

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

- 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 aver adempiuto all'obbligo vaccinale per gli esercenti delle professioni sanitarie così come previsto dal novellato art. 4 del d.l. 44/2021, convertito in L. 76/2021 e modificato dal D.L. n. 172/2021 presso _____;

O, IN ALTERNATIVA,

- di **non** aver adempiuto all'obbligo vaccinale per gli esercenti delle professioni sanitarie così come previsto dal novellato art. 4 del d.l. 44/2021, convertito in L. 76/2021 e modificato dal D.L. n. 172/2021;
- di non aver riportato condanne penali (**N.B.** incluse le sentenze che applicano la pena su richiesta delle parti) 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 Provinciale dei Medici-Chirurghi 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 Provinciale dei Medici-Chirurghi 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 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.

- (METTERE UNA CROCETTA PER CONFERMA DOPO AVER LETTO ATTENTAMENTE)**

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.

DATA

FIRMA

_____/_____/_____

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

DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA D'ISCRIZIONE

1. UNA FOTOGRAFIA FORMATO TESSERA;
2. COPIA DEL CODICE FISCALE;
3. COPIA DELLA RICEVUTA DELLA TASSA REGIONALE DELL'ABILITAZIONE;
4. DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO;
5. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO (TRAMITE ITALRISCOSSIONI) DI EURO **104,93** (79,00 per tassa annuale + euro 25,93 diritti di segreteria) INTESTATO A: **ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI - RIVIERA DI CHIAIA ,9/C 80122 NAPOLI**;
6. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA TASSA GOVERNATIVA DI EURO **168,00** (CONTO CORRENTE POSTALE N° 8003) TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE;
7. MARCA DA BOLLO DA 16 EURO.