

**ALBO ODONTOIATRI: DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**

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

**CHIEDE**

L'iscrizione per trasferimento 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 \_\_\_\_\_

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 a \_\_\_\_\_ (specificare se Ordine o Enpam o entrambi);
- di non aver riportato, in ambito deontologico-disciplinare, alcuna sanzione e di non avere procedimenti in atto  
**O, IN ALTERNATIVA,**
- di aver riportato la seguente sanzione deontologico – disciplinare o di aver in corso il procedimento di seguito specificato \_\_\_\_\_;
- 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 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 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  
(BANCA CARIPARMA IBAN : IT 79 L 06230 03539 000035707937)  
INTESTATO A : ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGI E DEGLI ODONTOLATRI DELLA  
PROVINCIA DI NAPOLI-RIVIVIERA DI CHIAIA , 9/C 80122 NAPOLI .
- 2) DUE FOTO FORMATO TESSERA;
- 3) FOCOPIA DEL CODICE FISCALE.