

BOLLO
€ 16,00

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

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 sanzioni disciplinari 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

_____/_____/_____

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 FOTOGRAFIE 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 REISCRIZIONE .

12. RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DELLA TASSA
GOVERNATIVA DI EURO 168,00 (CONTO CORRENTE POSTALE N°8003)-TASSE
CONCESSIONI GOVERNATIVE