

BOLLO  
€ 16,00

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

**ALBO MEDICI - CHIRURGHI. DOMANDA DI ISCRIZIONE**

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

**CHIEDE**

L'iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi 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 diversi dalla residenza):

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

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

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia 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 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 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.

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-CHIRURGI 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

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

\_\_\_\_\_

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