

data

Prot.n.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Ric. n.

del

Il/La sottoscritto/a

iscritto all'albo Odontoiatri dal al numero di iscrizione

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Il/La sottoscritto/a , sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R.
n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA

di essere nato/a a

prov. il ; codice fiscale

cittadinanza ; nazionalità

di essere residente a

prov. CAP in via

[recapiti tel./ e-mail:]

di avere domicilio professionale a

prov. CAP in via

[recapiti tel.:]

indirizzo di corrispondenza (precisare se presso Residenza o Domicilio sopra indicati, o
compilare se diversa dimora):

di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il

presso l'Università degli Studi di con voto / ;

marca da bollo
€ 14,62

di avere superato l'esame di abilitazione all'esercizio professionale nella sessione (I/II) mese anno presso l'Università degli Studi di con voto / ;

di non avere 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;

di non avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

di godere dei diritti civili;

di non avere procedimenti penali, procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del decreto legislativo 30/06/2003 n.196.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni 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 che quanto sopra corrisponde al vero.

.....
data firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI

Il sottoscritto

attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il

Dott.

ha sottoscritto l'istanza in sua presenza

ha presentato l'istanza per il tramite di

.....
data firma dell'incaricato che riceve l'istanza



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MESSINA

Via Bergamo Is.47/A 98124 Messina
Tel. 090-691089 Fax 090-694555
www.omceo.me.it info@omceo.me.it

INDICAZIONI PER LA PRESENTAZIONE DEL MODULO

- ❖ COMPILARE IN STAMPATELLO
- ❖ L'INTERESSATO, O SUO DELEGATO, DEVE PRESENTARSI MUNITO DI DOCUMENTO DI IDENTITA'
- ❖ QUALORA IL MODULO NON POTESSE ESSERE PRESENTATO DIRETTAMENTE PRESSO GLI UFFICI DELL'ORDINE, POTRA' ESSERE TRASMESSO A MEZZO DI POSTA RACCOMANDATA A/R. DIVERSAMENTE, GLI UFFICI NON RISponderanno DI EVENTUALI DISGUIDI
- ❖ DA ALLEGARE:
 - ❑ n. 3 fotografie formato tessera (di cui una legalizzata da organo competente alla legalizzazione di firme, se l'istanza non viene presentata direttamente dall'interessato)
 - ❑ ricevuta comprovante il pagamento della **TASSA CONCESSIONI REGIONALI** di **Euro 168,00** da effettuarsi **tramite il bollettino prestampato disponibile presso gli uffici postali**.
 - **c/c n. 17770900 intestato a "REGIONE SICILIANA – CASSA PROV.LE TASSE CONC. REGIONALI CAP. 1606 90139 PALERMO"**.
 - Alla voce "codice tariffa" del predetto bollettino, indicare 0501
- ❖ CONTESTUALMENTE ALLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA: PAGAMENTO DI **Euro 189,80** a mezzo contanti o assegno intestato all'Ordine dei Medici di Messina (importo così costituito: euro 103,29 taxa di prima iscrizione; euro 78,76 quota annuale; euro 7,75 tessera di iscrizione).

AVVERTENZE

- ❖ Si precisa che l'indirizzo di corrispondenza sarà utilizzato anche per comunicazioni di FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri), ENPAM (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Medici), ONAOSI (Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari Italiani), per quanto di relativa competenza.
Il medico è invitato a comunicare eventuale domicilio professionale, ed è tenuto a comunicare direttamente all'Ordine ogni variazione di residenza e/o domicilio.
- ❖ Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 T.U. – DPR 445/2000)

Si precisa che l'iscrizione all'Albo ha decorrenza dalla data della delibera del Consiglio Direttivo dell'Ordine (NON già dalla presentazione della domanda)

GLI UFFICI DELL'ORDINE RISPETTANO IL SEGUENTE ORARIO DI RICEVIMENTO:

ANTIMERIDIANO: dal LUNEDÌ al VENERDÌ - ore 9,30 - 13,00

POMERIDIANO: LUNEDÌ, MERCOLEDÌ e GIOVEDÌ - ore 14,30 - 16,30