

data

Prot.n.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Ric. n.

del

Il/La sottoscritto/a

iscritto all'albo Medici Chirurghi dal al numero di iscrizione

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri 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 Odontoiatria e Protesi Dentaria

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 della legge 675/96.

Il/la sottoscritto/a si impegna a richiedere presso gli organi competenti regolare autorizzazione per apertura di studi o ambulatori odontoiatrici (D.A. 17/02/2002; D.A. 17/04/2003).

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.

.....
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 COMPILAZIONE DEL MODULO

- ❖ COMPILARE IN STAMPATELLO
- ❖ 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:
DA EFFETTUARSI PRESSO GLI UFFICI DELL'ORDINE IL PAGAMENTO DI Euro 248,04 (a mezzo contanti o assegno intestato all'Ordine dei Medici di Messina) in cui è compresa la quota annuale di iscrizione all'Albo.

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)
- ❖ L'ISTANZA, SE PRESENTATA DIRETTAMENTE DALL'INTERESSATO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTA IN PRESENZA DEL FUNZIONARIO ADDETTO ALLA RICEZIONE, IN CASO CONTRARIO ALLA STESSA VA ALLEGATA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO DI IDENTITA' (ART. 38 CO 3° 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