

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, ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n.100/1989.

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 ..... / .....

di essere stato immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia

marca da bollo  
€ 14,62

antecedentemente al 28/01/1980;

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 essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art.4 2°co. Della L.409/85;

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](http://www.omceo.me.it) [info@omceo.me.it](mailto: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