

Prot.n.

del.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Il/La sottoscritto/a

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./cell.:

e-mail / pec :

indirizzo per il recapito della corrispondenza (compilare se diverso dalla residenza):

.....

.....

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

presso l'Università degli Studi di con voto /

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;

marca da bollo
€ 14,62

FOTO

pagamento iscrizione

Ric. n.

del

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

di godere dei diritti civili;

di non essere stato mai iscritto ad un albo provinciale dei medici chirurghi o degli odontoiatri;

di essere stato iscritto all'albo medici chir. odontoiatri dell'Ordine di
con cancellazione in data per

di non essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da altro albo provinciale;

di non essere iscritto/a in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato/a in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

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, indicando tutti i dati richiesti e apponendo marca da bollo di euro 14,62;
- ❖ l'interessato deve presentarsi munito di documento di identità, ovvero allegarne copia qualora produca l'istanza per il tramite di terzi o la trasmetta per le vie postali (per quest'ultimo caso, e' opportuno provvedere a mezzo 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 qualora l'istanza non venga 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
- ❖ pagamento da corrispondere contestualmente alla presentazione della domanda, a mezzo contanti o assegno intestato all'Ordine dei Medici di Messina:

euro 212,80

importo così costituito:

- euro 103,29 taxa di iscrizione;
- euro 101,76 taxa annuale (ridotta per i primi tre anni di iscrizione all'albo professionale: deliberazione Consiglio Direttivo n.86 del 05/12/2008);
- euro 7,75 tessera di iscrizione.

o **euro 291,04** (qualora il richiedente sia già stato iscritto all'albo dei medici chirurghi)

importo così costituito:

- euro 103,29 taxa di iscrizione;
- euro 180,00 taxa annuale;
- euro 7,75 tessera di iscrizione.

AVVERTENZE

- ❖ Si precisa che i dati forniti verranno trasmessi alla FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri) ed all'ENPAM (Ente Nazionale Previdenza e Assistenza Medici) per la loro 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 e GIOVEDÌ - ore 14,30 - 16,30