

data

Prot.n.

Ric. n.

del

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Il/La sottoscritto/a

CHIEDE

la reiscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine senza soluzione di continuità, avendo regolarizzato la propria posizione debitoria nei confronti dell'Ordine con il versamento di euro relativo alle quote associative per le annualità

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:]

indirizzo per la corrispondenza (compilare se dimora diversa dalla residenza):

.....
.....

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 iscritto/a in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a in una pubblica amministrazione il cui

marca da bollo
€ 14,62

ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di essere stato/a cancellato/a dall'Ordine per morosità
 morosità e irreperibilità

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.

.....
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

AVVERTENZE

- ❖ 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