

data .....

Prot.n. ....

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI  
MESSINA

Ric. n. ....

del .....

Il/La sottoscritto/a .....

CHIEDE la reiscrizione

all'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine senza soluzione di continuità.

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 avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria

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 avere regolarizzato la propria posizione contributiva nei confronti dell'Ordine

versando la somma di euro ..... a fonte della morosità

relativa agli anni ..... a mezzo:

bonifico bancario     versamento postale     versamento diretto presso gli uffici dell'Ordine ;

di avere effettuato il pagamento della quota associativa per l'anno in corso;

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 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 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

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 COMPILAZIONE DEL MODULO**

- ❖ COMPILARE IN STAMPATELLO
- ❖ ALLEGARE FOTOCOPIE:

ATTESTAZIONI DI EFFETTUATO PAGAMENTO QUOTE MOROSITA' ED ANNO IN CORSO

**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