

Prot.n.

del.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI
MESSINA

Il/La sottoscritto/a

iscritto all'albo dei Medici Chirurghi dal al n.ro 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

.....

di avere domicilio professionale in

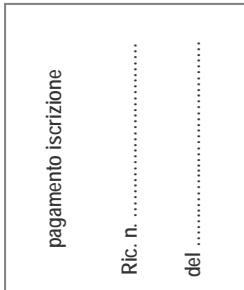
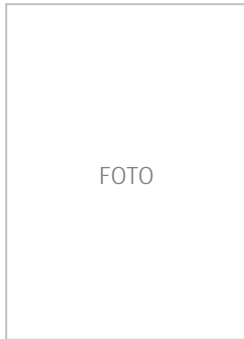
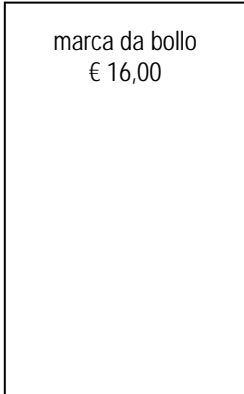
prov. CAP via

.....

recapiti tel./cell.:

e-mail / pec :

recapitare la corrispondenza presso l'indirizzo: di residenza di domicilio sopra indicato,
 altro:



di avere conseguito il diploma di laurea in:

Medicina e Chirurgia (*) il (anno di immatricolazione)

presso l'Università degli Studi di con voto /

[* iscrizione ai sensi della Sentenza della Corte Costituzionale n.100/1989]

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 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 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

ORARIO DI RICEVIMENTO:

dal LUNEDÌ al VENERDÌ: ore 9,30 - 13,00
LUNEDÌ e GIOVEDÌ: ore 14,30 - 16,30

REQUISITI PER L'ISCRIZIONE per i laureati in Medicina e Chirurgia: possono iscriversi

- i medici immatricolati al corso di laurea antecedentemente alla data del 28/01/1980 (Sentenza della Corte Costituzionale n.100/1989);
- i medici immatricolati dopo il 28/01/1980, fino all'anno 1984/85, in possesso di attestato rilasciato ai sensi dell'art.1 comma 1 D.Lgs.386 del 13/10/1998.

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 GOVERNATIVE** di **Euro 168,00** da effettuarsi **tramite il bollettino prestampato disponibile presso gli uffici postali**.
 - **c/c n. 8904 intestato a "AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA"**
 - alla voce CODICE TARIFFA del predetto bollettino, indicare 8617; CAUSALE: iscrizione albo professionale
- ❖ pagamento di **Euro 268,04** da corrispondere contestualmente alla presentazione della domanda, a mezzo contanti o assegno intestato all'Ordine dei Medici di Messina.
Il suddetto importo è così costituito:
 - euro 103,29 *tassa di iscrizione;*
 - euro 157,00 *tassa annuale;*
 - euro 7,75 *tessera di iscrizione.*

AVVERTENZE

- ❖ 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)