

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  
€ 16,00

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

### ORARIO DI RICEVIMENTO:

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

### 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 291,04** 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 180,00 *tassa 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)**