

marca da bollo

€ 16,00

**Al Sig. Presidente dell'Ordine
dei Medici CeO della Provincia di
Chieti**

Il sottoscritto (cognome) _____ (nome) _____
(scrivere in stampatello)

in possesso dei requisiti e titoli previsti dal DLCPS 233/46 e dal DPR 221/50 e s.m.i.

chiede

l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di Chieti

A tal fine, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28.12.2000 n.445, consapevole delle sanzioni penali previste per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28.12.2000 n. 445) e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere (art. 75 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità

dichiara

- di essere nato a _____ (Prov.____) il _____

- di essere residente in _____ (Prov.____) Via _____

CAP _____ e-mail _____ @ _____ Posta Elettronica Certificata

_____ @ _____ tel _____ cell. _____

- di essere domiciliato in _____ (Prov.____) Via _____

- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____

- di essere cittadino _____

- di essere in possesso di permesso di soggiorno per _____

con scadenza _____ (solo per i cittadini non comunitari);

- di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia conseguita in data _____

presso l'Università di _____ con voti _____ / _____

- di essere in possesso di abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo conseguita presso la

Università di _____ nella _____ sessione dell'anno _____

- di godere dei diritti civili;

- 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 (in caso contrario indicare le condanne penali riportate e/o provvedimenti) _____

- di non avere riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale (in caso contrario indicare le condanne penali riportate)

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

Il sottoscritto dichiara inoltre

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;
- di non essere impiegato in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione, obbligandosi, in caso di insorgenza di situazioni di incompatibilità di cui all'art.10 del DLCPS 233/46, a darne tempestiva comunicazione a codesto Ordine;
- di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità nè radiato da alcun Albo provinciale (*in caso contrario indicare il provvedimento di cancellazione o radiazione*) _____
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro Organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati sopra riportati, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 sul trattamento dei dati personali e del precedente Decreto Legislativo n. 196/2003, come modificato dal Decreto Legislativo n. 101/2018.

Data _____

Firma _____
la sottoscrizione dell'istanza non è soggetta ad autenticazione se apposta in presenza del dipendente addetto alla ricezione, ovvero se l'istanza è presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore.

Allega copia:

Documento _____ N. _____ rilasciato da _____ in data _____

Il sottoscritto _____ incaricato, attesta ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott. _____, identificato a mezzo _____, ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Chieti, _____

Firma _____

AVVERTENZE

Fermo quanto previsto dall'art. 76 del DPR 445/2000,
il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento
emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere

Gli iscritti hanno l'obbligo giuridico e deontologico di depositare
i titoli di specializzazione, non appena conseguiti,
per l'annotazione sull'Albo (art. 3, commi 3 e 4, del D.P.R. n. 221/50 e s.m.i.).
A tal rilasciano autocertificazione ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000.

Gli iscritti sono tenuti a comunicare tempestivamente alla
segreteria dell'Ordine eventuali cambi di residenza e domicilio.

ALLEGARE:

- n. 2 foto tessera per fascicolo personale e rilascio tesserino di iscrizione (la legalizzazione, a richiesta dell'interessato, è effettuata presso gli uffici dell'Ordine)
- fotocopia del tesserino di codice fiscale
- fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità
- attestato di versamento della tassa di iscrizione all'Albo
- attestato di versamento della tassa concessioni governative

VERSAMENTI DA EFFETTUARE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO:

- **€ 168,00 per tassa concessioni governative**
versamento da effettuare sul c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Tasse Concessioni Governative, utilizzando il relativo bollettino prestampato in distribuzione presso gli uffici postali – tipo di versamento “rilascio” – codice tariffa 8617.
- **€ 125,00 per tassa di iscrizione all'Albo** (€ 102,00 Ordine - € 23,00 FNOMCeO)
versamento da effettuare sul c/c bancario n. 20218 intestato all'Ordine ed acceso presso U.B.I Banca Spa - agenzia di Chieti:
 - IBAN: IT49T0311115503000000020218
 - B.I.C. CRPCIT3J
 - causale: tassa di prima iscrizione Albo Medici