

marca da bollo
€ 16.00

**Al Sig. Presidente dell'Ordine dei
Medici C e O della Provincia di
CHIETI**

Il sottoscritto Dott. _____
(scrivere in stampatello)

in possesso dei requisiti e titoli previsti dal DLCPS 233/46 e dal DPR 221/50 e successive modifiche,

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 _____ (___) il _____
- di essere residente in _____ Via _____
- di essere in possesso del seguente numero di codice fiscale _____
- di essere cittadino _____ tel. _____
- 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 la 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 i 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, modifica o perdita di diritti;

- di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196/2003.

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

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 annuale di iscrizione
- attestato di versamento della tassa concessioni governative

VERSAMENTI DA EFFETTUARE PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO:

• **€ 168,00 per tassa concessioni governative**

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**

da effettuare sul c/c bancario n. 20218 intestato all'Ordine ed acceso presso la Cassa di Risparmio della Provincia di Chieti - agenzia di Chieti:

- Codice IBAN: IT 34 E 06050 15500 CC0010020218
- codice B.I.C. CRPCIT3J
- causale: tassa di prima iscrizione Albo Medici

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 sono invitati a comunicare tempestivamente alla
segreteria dell'Ordine eventuali cambi di residenza e domicilio.**