

marca da bollo  
€ 16,00

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

Il sottoscritto Dott. /Dott.ssa \_\_\_\_\_  
(cognome e nome)

nato a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**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 a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- di essere domiciliato ex art. 43, comma 1, codice civile (*se diverso dalla residenza*)  
a \_\_\_\_\_ (Prov.\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_  
in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_
- di essere cittadino \_\_\_\_\_
- di essere in possesso di permesso di soggiorno per \_\_\_\_\_  
con scadenza \_\_\_\_\_ (*solo per i cittadini non comunitari*);
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ /110 \_\_\_\_\_
- di avere conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di medico chirurgo presso l'Università di  
\_\_\_\_\_ nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_
- di aver svolto il tirocinio pratico presso l'Università di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e di:
  - avere acquisito il giudizio di idoneità di cui all'art. 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2018, n. 58.
  - avere conseguito la valutazione del tirocinio prescritta dall'art. 2 del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 19 ottobre 2001, n. 445.
- 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;
- di non avere riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di avere riportato le seguenti condanne penali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*(Nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione è inerente anche alle sentenze di patteggiamento);*

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di essere a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Il sottoscritto dichiara inoltre**

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;
- 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 \_\_\_\_\_

---

*( riservato all'Ordine)*

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 fine 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
- dichiarazione di consenso al trattamento dei dati personali

### **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 intestato all'Ordine ed acceso presso BPER Banca - agenzia di Chieti:
  - IBAN: IT04R0538715500000003012259
  - B.I.C. BPMOIT22XXX
  - causale: tassa di prima iscrizione Albo Medici Dott./Dott.ssa .....