



Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_ DOTT.
 NAT_ A (PROV) IL
 CITTADINO RESIDENTE IN (*) (PROV.....)
 C.A.P. VIA
 TEL. CELL. E-MAIL
 PEC CODICE FISCALE.....

CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 9, LETTERA e) D.L.C.P.S. n. 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA LEGGE n. 362/91, DI OTTENERE L'**ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ROMA

all'**ALBO dei MEDICI-CHIRURGHI** all'**ALBO degli ODONTOIATRI** (**)

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

DICHIARA

- DI AVER CONSEGUITO LA **LAUREA IN** **MEDICINA E CHIRURGIA**
 ODONTOIATRIA

IN DATA _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

CON VOTO _____ /110 _____ ANNO DI IMMATRICOLAZIONE _____

- DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE** ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE NELLA SESSIONE DI _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____ CON VOTO _____

OPPURE

- DI AVER CONSEGUITO IL **TIROCINIO ABILITANTE** ALL'ESERCIZIO PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO AI SENSI DELL'ART. 102, DEL DECRETO LEGGE N. 18 DEL 17 MARZO 2020 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

- DI AVER ACQUISITO IL GIUDIZIO DI ONETÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 3 DEL DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA 9 MAGGIO 2018, N. 58
- DI AVER CONSEGUITO LA VALUTAZIONE PRESCRITTA DALL'ARTICOLO 2 DEL DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA N. 445 DEL 2001

(*) DA COMPILARE QUALORA LA RESIDENZA NON FOSSE UBICATA NELLA PROVINCIA DI ROMA:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

CHE ESERCITA LA PROPRIA **PROFESSIONE** IN _____

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

OPPURE

DI ESSERE **DOMICILIATO** (ART. 43 C.C.) IN _____

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

A TAL FINE DICHIARA DI:

ESSERE TUTT' ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI.....
 NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DALCON NUMERO DI POSIZIONE
 NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL CON NUMERO DI POSIZIONE

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA presso:

RESIDENZA SEDE DELL'ATT. PROFESSIONALE DOMICILIO (ART. 43 C.C.) DOM. SPECIALE °

°(usare l'apposito Modulo da allegare alla presente, come parte integrante della Domanda)

DICHIARA INOLTRE:

- [] DI **NON** AVER 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** ESSERE A CONOSCENZA DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI PENALI;
- [] DI **NON** AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI CHE NON SONO SOGGETTE A ISCRIZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;
- [] DI **AVERE** RIPORTATO CONDANNE PENALI;
- (NEL CASO DI CONDANNE PENALI INDICARE LE STESSE E PRODURRE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE IN COPIA CONFORME 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 DEVE INERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO).
- [] DI **GODERE** DEI DIRITTI CIVILI;
- [] DI **NON** ESSERE INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE;
- [] DI **NON** ESSERE STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE;
- [] DI **IMPEGNARSI** A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, NEI MODI DOVUTI, QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI;
- [] DI **NON** ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI;
- [] DI **ESSERE** SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI PRESSO L'ORDINE DI.;
- [] DI **ESSERE** oppure [] DI **NON** ESSERE in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine di provenienza;
- [] DI **ESSERE** oppure [] DI **NON** ESSERE in regola con il pagamento della tassa annuale di iscrizione dovuta all'Ordine di provenienza **per l'anno in corso**;
- [] DI **ESSERE** oppure [] DI **NON** ESSERE in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAM (nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento del relativo tributo);

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**, visionabile anche al seguente Link: https://www1.ordinemediciroma.it/images/Modulistica/Protezione_dei_Dati/Privacy_Policy_OMCEO_novembre_2022.pdf

Il cittadino extracomunitario dovrà rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva relativa alla validità del permesso di soggiorno allegandone relativa fotocopia.

Data _____ Firma _____

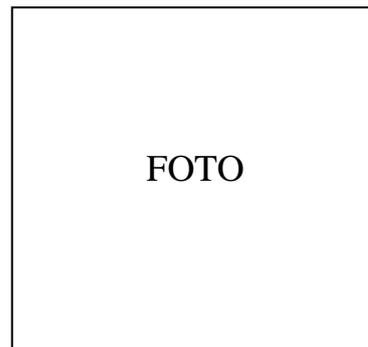
PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

.....

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. _____

nato a _____ il _____

identificato con documento _____ N. _____

rilasciato il _____ dal _____

Data _____ Timbro e Firma del Funzionario _____

Ricevuta contabile n..... del

ALLEGATI:

- N. 1 FOTOGRAFIA, identica a quella utilizzata per l'identificazione, da utilizzare per predisporre il badge
- Fotocopia DOCUMENTO di IDENTITÀ valido
- Fotocopia CODICE FISCALE
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIO corredata dalla fotocopia del PERMESSO DI SOGGIORNO prodotto in originale (qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.)

Altri atti consegnati, rilevazioni, note.....
.....

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:**PRESENTARE**

- a) **N. 2 FOTOGRAFIE** (UGUALI TRA LORO), A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE MAGNETICO (BADGE) - Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993
- b) **CODICE FISCALE** IN ORIGINALE
- c) **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** VALIDO (*preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ*)
- d) **MARCA da BOLLO** del VALORE indicato sulla prima pagina del modulo
- e) **PERMESSO di SOGGIORNO** in ORIGINALE (*qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.*)

CORRISPONDERE

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55 (solo se la Domanda viene presentata allo Sportello)

N.B.: - QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODULO

(**) L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI È CONSENTITA A SEGUITO DI QUANTO SANCITO:

- DALL' ART. 4 D.Lgs 08.07.2003, n. 277 CIRCA LE MODIFICHE ALLA LEGGE 24.07.1985, N. 409 - art. 20 RELATIVA ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA:
 - AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI DOPO IL 28.01.1980 ED ENTRO IL 31.12.1984 CHE HANNO SUPERATO LA PROVA ATTITUDINALE DI CUI AL D.Lgs. 13.10.1998, N. 386;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ NEGLI ANNI ACCADEMICI COMPRESI TRA L' A.A. 1980-81 E L' A. A. 1984-85 SPECIALISTI IN: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOGNATODONZIA.
- DALL'ART. 37 ULTIMO COMMA DELLA DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI SUCCESSIVAMENTE AL 31/12/1984 SPECIALISTI IN UNA DELLE BRANCHE SOPRA INDICATE, PURCHE' ABBIANO INIZIATO ENTRO IL 31.12.1994 IL TRIENNIO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE (INDICARE L'ANNO D'IMMATRICOLAZIONE).
