

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DELLE SOCIETA' TRA
PROFESSIONISTI**

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

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_
NATO A (PROV) IL
CITTADINO RESIDENTE IN (PROV.....)
C.A.P. VIA N.
IN QUALITA' DI DELLA
CON SEDE IN VIA TEL.
E-MAIL PEC CODICE FISCALE
ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE IMPRESE DI AL N.

**CHIEDE A CODESTO CONSIGLIO DIRETTIVO, AI SENSI DEGLI ARTICOLI 8 E 9 DEL D.M. 8
FEBBRAIO 2013, N. 34, L'ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DI QUESTO
ORDINE**

Allega alla presente la documentazione obbligatoria come da elenco sotto riportato:*

- ✓ atto costitutivo e statuto della società in copia o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- ✓ elenco nominativo:
 - dei soci che hanno la rappresentanza;
 - dei soci iscritti all'Albo;
 - degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- ✓ certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- ✓ certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- ✓ dichiarazioni sostitutive rese ai sensi art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
- ✓ attestato di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00, da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'agenzia delle entrate - centro operativo di Pescara – cod. tariffa: 8617;
- ✓ marca da bollo del valore indicato sulla prima pagina del modello;
- ✓ **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

Data _____

Firma _____

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA AL FUNZIONARIO ADDETTO**

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

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

Ricevuta contabile n..... del

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ PRESENTARE:

- a) **ATTESTATO DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD. TARIFFA: 8617;**
b) **MARCA da BOLLO del VALORE indicato sulla prima pagina del modello**

E CORRISPONDERE**

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
- LA QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 180,00 (€ 156,48 per l'Ordine* e € 23,52 per la F.N.O.M.C.eO.)
- **La somma TOTALE** relativa all'anno in corso (pari ad € 182,55) **dovrà essere versata** utilizzando il servizio bancomat, o tramite BONIFICO BANCARIO INTESTATO A ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
BANCA POPOLARE DEL LAZIO – VIA PO 164 – ROMA
IBAN: IT14V0510403209CC0430000445

Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà la quota versata. Per gli anni successivi il tributo annuale verrà esatto a mezzo bollettino **MAV** (*Pagamento Mediante Avviso*).
