
**A PENA DI IRRICEVIBILITA' LE ISTANZE
DEVONO ESSERE PRESENTATE COME
SEGUE:**

- ❖ Le domande di iscrizione devono essere presentate personalmente dal medico che intende iscriversi, il quale deve presentarsi all'Ordine necessariamente munito di documento di identità non scaduto;
- ❖ NON potranno essere accettate tutte quelle istanze incomplete degli elementi indicati sul retro del modulo stesso;
- ❖ Le istanze vanno prodotte in carta uso bollo da €. 14,62 e la prevista marca da bollo va apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, onde evitare di doverla sostituire in caso di errori nella presentazione dell'istanza stessa;
- ❖ Tutti i modelli delle domande con più facciate devono essere presentati all'Ordine su un unico foglio formato A3, compilato scrivendo in STAMPATELLO;

***Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
ED ONTOIATRI
della Provincia BAT***

Il/la sottoscritto/a _____
già iscritto/a nell'Albo dei **Medici Chirurghi** di questa Provincia
con anzianità dal _____, ed in quello degli **Odontoiatri**
con anzianità dal _____;

CHIEDE

la variazione dell'iscrizione all'Albo degli **ODONTOIATRI** di
codesto Ordine. Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28
dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false
attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale
responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____
il _____; codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- C.A.P. _____ in via _____;
- Tel _____, email _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **ODONTOIATRIA E
PROTESI DENTARIA** il _____ presso l'Università
degli Studi di _____ con voti _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella
sessione _____ dell'anno _____ presso
l'Università degli Studi di _____;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista
la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso
amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di **NON** essere iscritto in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di **NON** essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di essere stato cancellato per morosità e irreperibilità in data _____ dall'OMCeO di _____ ;
- di essere stato radiato dall'Albo provinciale dell'OMCeO di _____ con la seguente motivazione _____ ;
- di **NON** avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della legge 675/96 e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

Firma

Trani lì, _____



Ordine dei Medici
Chirurghi e Odontoiatri
della Provincia
Barletta-Andria-Trani

Attesto ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____
identificato con documento _____
n. _____ rilasciato il _____ ha sottoscritto in
mia presenza l'istanza.

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

Trani lì, _____

Il medico che presenta questa domanda, essendo già doppio iscritto, NON dovrà versare alcuna tassa ordinistica, nemmeno quella sulle concessioni governative.

Note per il medico che si iscrive

- La domanda va presentata dal medico che si iscrive, il quale deve presentarsi necessariamente munito di documento di identità non scaduto.
- **NON** potranno essere accettate le domande incomplete;
- La domanda va assolutamente prodotta scrivendo in stampatello in carta uso bollo da €. 14,62;
- Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.