
**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 ODONTOIATRI
della Provincia BAT***

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere iscritto nell'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine, per Trasferimento dall'Ordine di _____.

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 _____;
- cod.fiscale _____; cod.ENPAM _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____;
- Tel _____, email _____;
- di avere la sede della propria Attività Professionale nel Comune di _____ prov. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** 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 essere attualmente iscritto all'Albo dei **Medici Chirurghi** della Provincia di _____;
- di aver avuto la "Prima" iscrizione all'Albo dei **Medici Chirurghi** della Provincia di _____ con anzianità ____/____/____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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, _____

Elenco dei documenti occorrenti per l'iscrizione all'Albo

- 1) Assegno Circolare Bancario di €. 60,00 per tassa d'iscrizione, intestato all'Ordine dei Medici di BAT;
- 2) Fotocopia del Codice Fiscale.

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.

ATTENZIONE !!

Per "ANZIANITÀ" si intende la data (giorno, mese e anno) della prima iscrizione presso un Ordine Professionale.