

(marca da bollo)  
(da €. 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** 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 28/12/2000 n. 445):

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- in via \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_;
- cell. \_\_\_\_\_ - E-mail \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (\*);
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con votazione \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia o all'Estero ( se si indicare quale ..... e dove.....)
- e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- 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 del Decreto Legislativo n.196 del 2003.
- (\*) (per i cittadini CEE): di essere in possesso delle condizioni di soggiorno previste per i cittadini dell'Unione Europea

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data \_\_\_\_\_ FIRMA(\*)...\_\_\_\_\_.

(\*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento,(artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

\* \* \* \* \*

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28/12/2000, n.445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data: \_\_\_\_\_ Firma del legalizzante \_\_\_\_\_

(qualifica professionale C2 / B3 )

**ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL' ALBO MEDICI O ALL' ALBO ODONTOIATRI (da presentare contestualmente alla consegna della domanda)**

Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di **€ 168,00** da effettuare su C/C postale n. 8003 intestato all'Agenzia delle Entrate – Tasse Concessioni Governative Tipo di versamento. Rilascio Causale : Iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri . Codice Tariffa: n. 8617 .

Ricevuta bonifico per la quota di iscrizione di **€ 107** da effettuarsi sull'IBAN : IT 63F0312702405000000001525 intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi di Bologna Causale : quota prima iscrizione anno ....

N. 2 foto formato tessera uguali

Documento di identità in corso di validità (italiano e non)

Fotocopia del Codice Fiscale

Per i cittadini CEE: Attestato di Regolarità del Soggiorno per i cittadini dell'Unione Europea (ai sensi degli art. : 7, 9, 11, 12 e 13 del D.Lgs n. 30 del 06/02/2007).