

Modulistica iscrizione Albo Odontoiatri

1. Domanda di iscrizione all' Albo su apposito modulo con marca da bollo di €. 16,00 comprensiva di autocertificazione.
2. N° due fotografie formato tessera.
3. Fotocopia del numero di codice fiscale.
4. Ricevuta del versamento della tassa di prima iscrizione di €. 20,00 da effettuare sul c/c bancario 12771 (IBAN: IT38A0335901600100000012771) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (causale: Tassa di prima iscrizione).
5. Ricevuta del versamento della quota di iscrizione all'Albo di €. 150,00 da effettuare sul c/c postale n° 10788289 (IBAN: IT84Z0760110100000010788289) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (causale: iscrizione Albo Medici Chirurghi anno).
6. Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di €. 168,00 da effettuare sul c/c postale n° 8003 intestato a Agenzia delle Entrate – Pescara - tassa concessione governativa (causale: iscrizione albo professionale).

La documentazione deve essere presentata dall'interessato con un documento di identità valevole.

AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE A COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE **QUALSIASI CONDANNA**, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.



Spettabile

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO: Istanza di iscrizione all'Albo
e contestuale autocertificazione.**

Il/La sottoscrit _____

CHIEDE

l'iscrizione all' **ALBO degli ODONTOIATRI** di questo Ordine.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere nat__ a _____ prov.____ il _____ ;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. ____ CAP _____ ;
- in via _____ n° _____ ;
- telefono abitazione _____ cellulare _____ ;
- posta elettronica: @ ;
- posta elettronica certificata - **PEC**: @ ;
- di essere cittadin__ _____ ;
- anno immatricolazione: _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** il _____
presso l'Università degli studi di _____ con voti _____ ;
- 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** nel (anno) _____ nella _____
sessione presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____ ;
- di essere stat__ **immatricolat__** al relativo corso di laurea antecedentemente al **28.01.1980**;
- di essere in possesso di un **diploma di specializzazione** in campo odontoiatrico ai sensi del'art.4,
2° comma della L.409/85;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario
Giudiziale ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritt__ , inoltre dichiara:

- di non essere iscritt__ in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegat__ a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellat__ per morosità e irreperibilità né di essere stat__ radiat__ da alcun Albo Provinciale;
- di non aver 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.

Data

Firma

AVVERTENZA: IL/LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt__ _____ , incaricato/a al recepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il/la Dott.____ indentificat_ a mezzo _____ n. _____ rilasciat_ il _____ da _____ con scadenza il _____ , ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve l'istanza.

Data _____