

DOMANDA DI ISCRIZIONE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di SALERNO**

Il/la sottoscritto/a.....
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dall'art. 76 del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 per
false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità ai sensi
dell'art. 46 del D.P.R. 28/12/2000 n.445 e successive integrazioni

DICHIARA

- di essere nato/ a.....prov....., il.....
- codice fiscale.....
- di essere residente a.....prov.....
in via.....n.....cap.....tel(c).....
tel(u)cell.....
- e-mail.....fax.....
- di avere il proprio domicilio nella provincia di Salerno in via.....
.....cittàcap.....
e di avere intenzione di promuovere il proprio domicilio professionale in
Provincia di Salerno per lavoro presso.....
..... (indicare luogo di lavoro)
via..... n.....cap.....città.....
- di essere cittadino/a.....;
- di aver conseguito la Laurea in **Medicina e Chirurgia** in data.....
presso l'Università degli Studi di..... denominazione
istituto.....
con voto...../.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione.....(1° o 2°)
dell'anno.....presso l'Università degli Studi di.....
(denominazione istituto).....con voto.....
- di essere stato immatricolato al corso di laurea in **Medicina e Chirurgia** nell'anno
accademico 20...../ 20.....(indicare il 1° anno accademico di iscrizione)
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel
certificato del casellario giudiziale.
- di godere dei diritti civili.

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI CODESTO ORDINE

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- di non essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
- di non essere stato mai radiato da alcun Ordine 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 Regolamento UE 2016/679 e del precedente d.lgs. 196/2003;
- **di essere consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.**

Data:.....

Firma:.....

Si allega:

- ◀ copia di un documento di identità;
- ◀ copia codice fiscale;
- ◀ copia attestazione del versamento sul c.c.p. n.8003 - Tasse concessioni governative di € 168.00;
- ◀ copia della ricevuta della tassa regionale di abilitazione dell'Università;
- ◀ marca da bollo da € 16,00 apposta sulla prima pagina della presente istanza;
- ◀ copia avvenuto bonifico di € 96,00 a favore di: ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SALERNO – Causale: “Iscrizione Albo Medici” oppure “Iscrizione Albo Odontoiatri” e Codice Fiscale - IBAN IT75F0837815201000000408809 - Banca BCC Campania Centro - CRA soc. coop. FILIALE DI SALERNO – BARATTA.

Il sottoscritto si impegna a trasmettere mezzo Raccomandata A/R la presente istanza con marca da bollo in copia originale .

Spazio riservato: **Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Prov. di Salerno**

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il dott., identificato a mezzo.....ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data:.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza