

## Marca da Bollo

### DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

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

Il/la sottoscritto/a.....

#### CHIEDE

**l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi** di codesto Ordine per trasferimento dall'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine di.....

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445), sotto la propria personale responsabilità ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n.445/2000.

#### DICHIARA

- di essere nato/a a.....prov..... il.....
- codice fiscale.....
- codice ENPAM.....
- di essere residente a.....Cap.....prov.....
- in via.....tel.....  
cell..... e-mail.....
- ( ) di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di  
.....Prov.....  
( ) 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** il.....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 aver conseguito la specialità in .....presso l'Università  
degli Studi di.....in data.....con voto.....
- ( ) di essere iscritto nell'elenco speciale dei medici abilitati all'esercizio della  
Psicoterapia (art. 35, L. 56/89) dal .....
- ( ) di essere in possesso di Titolo di formazione in Medicina Generale ai sensi del  
D.Lgs. 256/91 e D. Lgs. 368/99, conseguito in data.....

- di essere stato iscritto presso l'Ordine di .....dal.....
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza per l'anno.....e all'ENPAM per l'anno.....
- 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/o disciplinari in pendenza;
- di non essere attualmente sospeso dall'esercizio professionale per provvedimento disciplinare;
- di godere dei diritti civili.

**Il sottoscritto, inoltre, dichiara:**

- di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
  - 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;
- ◀ marca da bollo da € 16,00 apposta sulla prima pagina della presente istanza;
- ◀ copia avvenuto bonifico di € 25,82 a favore di: ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI SALERNO – Causale: “Trasferimento Albo Medici” oppure “Trasferimento 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