

**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 degli Odontoiatri** di codesto Ordine per trasferimento dall'Albo degli Odontoiatri 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 **Odontoiatria** 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 **Odontoiatria** 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 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