

Marca da bollo
€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI SALERNO

DOMANDA DI ISCRIZIONE MEDICI - LAUREA ABILITANTE
ART. 102 DECRETO-LEGGE 17.3.2020, n.18 (GU n.70 del 17.3.2020)

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARO/A

di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17.3.2020

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA

di essere nato/a a..... prov..... il.....

codice fiscale.....

di essere residente a

Via..... n.

Cap.....prov.....Cell.tel. abitazione.....

di avere il proprio domicilio nella provincia di Salerno in via.....n.....

città cap..... e di avere intenzione di promuovere il proprio domicilio

professionale in Provincia di Salerno per lavoro presso

..... (indicare luogo di lavoro)

Via.....n. Cap.....prov.....

PEC.....

e-mail.....

di essere cittadino/a.....

di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di.....

.....in data.....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 essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel certificato giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 20161679 del 2710412016 come da informativa pubblicata sul sito web.

Si allega:

- copia di un documento di identità;
- copia tessera sanitaria;
- certificazione di avvenuta vaccinazione da Covid -19;
- autocertificazione dello svolgimento del tirocinio pratico valutativo e relativa università;
- copia ricevuta del versamento di € 168.00 sul c.c.p. n.8003 intestato a: Agenzia delle Entrate Centro Operativo di Pescara - Tasse concessioni governative;
- 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” e Codice Fiscale del richiedente - IBAN IT75F0837815201000000408809 - Banca BCC Campania Centro - CRA soc. coop. FILIALE DI SALERNO – BARATTA.

Il sottoscritto si impegna, a seguito della trasmissione mezzo PEC della presente documentazione corredata dai suddetti allegati, a trasmettere esclusivamente la domanda di iscrizione in originale con marca da bollo mezzo Raccomandata A/R.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai 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.....