

**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.....PEC.....
- 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.....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 tessera sanitaria;
- ◀ certificazione di avvenuta vaccinazione da Covid -19;
- ◀ 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, a seguito della trasmissione mezzo PEC della presente documentazione corredata dai suddetti allegati, si impegna a trasmettere la domanda di iscrizione in originale con marca da bollo mezzo Raccomandata A/R.**

---

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

.....