

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.....prov.....
- in via.....n.....cap.....tel(c).....
tel(u)cell.....
- e-mail.....PEC.....
- () 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 inpresso 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 didal.....
- 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 tessera sanitaria;
- ◀ certificazione di avvenuta vaccinazione da Covid -19;
- ◀ 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 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