

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.....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 **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 inpresso l'Università
degli Studi di.....in data.....con voto.....
- 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

.....