



**QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA'  
PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Caltanissetta - Via E. Medi, 1 - 93100 Caltanissetta  
Tel 0934/591848 - Fax 0934/592616 - segreteria@omceo.cl.it - www.omceo.cl.it

## **DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

### **ISTRUZIONI**

#### **DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 16,00
  
- Ricevuta del versamento della tassa di concessione governativa di € **168,00** effettuato sul conto corrente postale n° 8904 intestato a "Agenzia Entrate Ufficio Roma 2 Tasse concessioni governative Sicilia".  
Tipo di versamento: Rilascio. Causale: iscrizione Albo Medici Chirurghi/Odontoiatri. Codice Tariffa 8617
  
- Versamento con bonifico bancario all'atto della presentazione della domanda, di € **160**.  
*N.B: tale somma comprende la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 160,00, di cui € 23,00 sono destinati alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). **IBAN ORDINE MEDICI: IT 18D 08952 83421 000000208822***  
*La tassa annuale per gli anni successivi verrà riscossa tramite bollettino PagoPA.*
  
- Certificato di Laurea e Certificato di abilitazione alla professione di medico chirurgo o autocertificazione estratta dal portale studenti dell'Università.
  
- Due foto identiche, recenti, a colori, una in formato tessera (larghezza cm. 3,50 x altezza cm. 4,00) e l'altra in formato jpeg da inviare a iscrizioni@omceo.cl.it
  
- Certificato di avvenuta vaccinazione ai sensi degli obblighi legge 172 del 26/11/2021.
  
- Fotocopia di un documento valido di riconoscimento.
  
- Fotocopia del documento di codice fiscale.
  
- Stato di Famiglia in autocertificazione

**La normativa che disciplina l'iscrizione all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Caltanissetta è consultabile nel sito [www.omceo.cl.it](http://www.omceo.cl.it)**

**Acquisizione di stati del richiedente attraverso l'esibizione del suo documento di riconoscimento (art.45 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 445/2000)**

Questa domanda deve essere sottoscritta nella sede dell'Ordine in presenza del funzionario addetto.

L'Ordine effettuerà controlli sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive (articoli 71 e 72 del Testo Unico sulla documentazione amministrativa D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445).

**Codice in materia di protezione dei dati personali (D. lgs 30 giugno 2003, n. 196)**

All'atto della presentazione della domanda sarà consegnata l'informativa al trattamento dei dati personali ex articolo 13 D.lgs 196/2003.

***Benvenuto/a !***

Il Presidente  
Giovanni D'Ippolito

Per chiarimenti e/o ulteriori informazioni telefonare al numero 0934-591848

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**



**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA**

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

Nome

**CHIEDE**

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  
con decorrenza dalla data di decisione del Consiglio Direttivo

oppure dal

 /  / 

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

**DICHIARA**

• di essere nato/a a   prov

giorno mese anno codice fiscale

/  /

• di essere residente a  prov  cap

in  civ

• di essere cittadino/a

• di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il  /  /  presso l'Università degli Studi (se Sapienza indicare 1°/2° e se Latina: LT)

sede di

anno accademico di immatricolazione  /  con voto  /  su  lode

• di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione  anno accademico  /  data  /  /

presso l'Università degli Studi di  con voto  /  su  lode

## **DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI**

***Barrare la casella bianca in corrispondenza della situazione posseduta***

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 in atto;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di avere riportato condanne penali *(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve riguardare anche le sentenze di patteggiamento)*;
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

**Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:**

- di non essere mai stato iscritto, o esserlo attualmente, negli albi professionali di altro Ordine (diversamente indicare dove e quando).....
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun albo professionale di altro Ordine;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso al diniego di iscrizione all'albo;
- di non essere impiegato 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 stato/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196.

**Il /La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 445/2000 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 tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.**

data

□	□	/	□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

firma

--

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANISSETTA**

Il/La sottoscritto/a

--

incaricato/a, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 del DPR 28.12.2000, n. 445 che il Dottore/la Dottoressa

cognome

--

nome

--

identificato/a mediante documento (riportare tipo ed estremi del rilascio)

--

ha sottoscritto in mia presenza l'istanza. I dati anagrafici indicati nella domanda sono stati verificati mediante il suddetto documento (art. 38 T.U. sulla documentazione amministrativa).

data

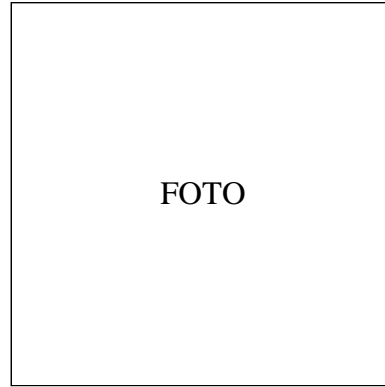
□	□	/	□	□	/	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Timbro e firma del funzionario addetto che riceve l'istanza

--

# DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

## IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



(Timbro Ordine)

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del/della Dott./Dott.ssa

Cognome

Nome

nato/a a

il

 /  / 

residente a

prov

cap

in

civ

Identificato/a con documento

n

rilasciato il

 /  / 

da

Timbro e firma del funzionario addetto

data

 /  / 

## ALLEGATI

- Ricevuta contabile n  del  /  /  €
- Attestazione di versamento della tassa di concessione governativa di € 168,00
- N. 1 fotografia a colori identica a quella utilizzata per l'identificazione inviata in formato jpeg a iscrizioni@omceo.cl.it
- Fotocopia documento di identità valido
- Fotocopia codice fiscale
- Altri atti consegnati, rilevazioni, note

