

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI  
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

**ISTRUZIONI**

**DOCUMENTAZIONE NECESSARIA**

- Domanda di iscrizione all'Albo con imposta di bollo di € 16,00
  
- Versamento in contanti, all'atto della presentazione della domanda, di **€ 140,00**  
*N.B: tale somma comprende la tassa annuale di iscrizione all'Ordine pari a € 140,00, di cui € 23,00 sono destinati alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO).  
Nel caso in cui l'interessato sia iscritto anche all'Albo degli Odontoiatri nell'Ordine di provenienza e desideri continuare ad esercitare tale professione, deve obbligatoriamente iscriversi anche all'Albo degli Odontoiatri di questo Ordine, il versamento sarà di € 257,00 (la quota FNOMCeO non è dovuta per l'iscrizione al secondo Albo).  
Se l'interessato ha già versato la tassa dell'anno in corso all'Ordine di provenienza, non deve versare nulla..  
La tassa annuale per gli anni successivi verrà riscossa tramite bollettino postale, oppure a mezzo bonifico bancario il cui modulo è disponibile presso l'Ordine.*
  
- 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
  
- Fotocopia di un documento valido di riconoscimento.
  
- Fotocopia del documento di codice fiscale.

**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 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 ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI  
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

Imposta di bollo 16.00 €
-----------------------------

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

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

--

Nome

--

**CHIEDE**

il trasferimento all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.  
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 avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di

	prov	
--	------	--

- di esercitare la professione prevalentemente nella provincia di

--

- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il

	/		/			
sede di		presso l'Università degli Studi (se Sapienza indicare 1°/2° e se Latina: LT)				

anno accademico di immatricolazione

	/		con voto		su		lode

- di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione

	/		data		/		

presso l'Università degli Studi

	con voto		su		lode

- di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi della provincia di

	/		dal		
al numero					

- di essere iscritto nello stesso ordine di provenienza anche all'albo degli odontoiatri

SI                       NO

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

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

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAM;
- 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 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 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 tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.**

data

		/			/				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

firma

--

### ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CALTANISSETTA

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 dell'incaricato che riceve l'istanza

--

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI  
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

**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  /  /  €
- 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



