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 DEGLI ODONTOIATRI*
## *(riservata ai laureati in odontoiatria)*

## 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
- ☐ Pagamento quota di iscrizione all'albo pari ad € 160, da pagarsi a mezzo bollettino PagoPA rilasciato dalla Segreteria dell'Ordine dei Medici di Caltanissetta. 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).La tassa annuale per gli anni successivi verrà riscossa tramite bollettino PagoPA.
- ☐ Certificato di Laurea in Odontoiatria in originale - Certificato di Abilitazione 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
- ☐ Fotocopia di un documento valido di riconoscimento.
- ☐ Fotocopia del documento di codice fiscale.
- ☐ Stato di Famiglia o autocertificazione

**La normativa che disciplina l 'iscrizione all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Caltanissetta è consultabile nel sito www.ordinemedicicl.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 PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI*
## *(riservata ai laureati in odontoiatria)*

*Imposta di bollo*
*€ 16,00*

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

**Il/La sottoscritto/a**

Cognome

Nome

**CHIEDE**

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI.

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 odontoiatria e protesi dentaria il / / — presso l'Università degli Studi (se Sapienza indicare 1°/2° )
  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 — con voto , — su / — lode

# *DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI*
## *(riservata ai laureati in odontoiatria)*

***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 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 del funzionario addetto che riceve l'istanza

☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

## *DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI*
## *(riservata ai laureati in odontoiatria)*

**IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO**

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

## *DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI*
## *(riservata ai laureati in odontoiatria)*

**INFORMAZIONI INTEGRATIVE**

Cognome

Nome

Telefono abitazione

Telefono lavoro

Fax

Cellulare 1

Indirizzo di posta elettronica certificata

Indirizzo di posta elettronica

### Recapito diverso dalla residenza

Comune prov cap

in civ

**Chiedo che la corrispondenza sia spedita:** ☐ all'indirizzo di residenza

☐ al secondo recapito

**Regolamento di individuazione dei criteri per la comunicazione e la diffusione dei dati personali (diversi da quelli sensibili e giudiziari) relativi agli iscritti agli albi dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Caltanissetta emanato ai sensi dell'art. 19 e dell'art. 61 del Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".**
*(approvato dal Consiglio Direttivo con delibera del 31 Dicembre 2010)*

.....Art. 6
L'Ordine, su richiesta del singolo iscritto, può integrare i dati riportati sull'Albo con i recapiti telefonici, numero di fax e indirizzo di posta elettronica del professionista; ciò in ottemperanza al comma 3 del citato art. 61 D.Lgs 196/2003, che stabilisce che l'Ordine o Collegio professionale può, a richiesta della persona iscritta nell'albo, che vi ha interesse, integrare i dati obbligatoriamente previsti con ulteriori dati pertinenti e non eccedenti in relazione all'attività professionale.....

**DATA** **FIRMA**