

## **MODULO PER ISCRIVERSI ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI**

I moduli per iscriversi all'Albo Medici Chirurghi o all'Albo Odontoiatri (in bollo), per trasferirsi da altro Ordine (in bollo), per cancellarsi dall'Albo (in bollo), per la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, per la dichiarazione sostitutiva di certificazione, per la richiesta di autorizzazione alla pubblicità sanitaria sono basati sui principi della semplificazione della documentazione amministrativa (T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) pertanto possono:

- 1) essere firmati presso gli Uffici dell'Ordine, in presenza dell'impiegato addetto**
- 2) inviati tramite fax purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo**
- 3) presentati allo sportello degli Uffici dell'Ordine purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo.**

Nel caso al modulo si debbano allegare ricevute, fotografie e altra documentazione queste devono pervenire o essere presentate all'Ordine in originale, indipendentemente dalla procedura utilizzata per l'invio del modulo.

**PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO (per la prima volta) , utilizzando il modulo basato sulla semplificazione della documentazione amministrativa, è necessario allegare allo stesso :**

- a) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 , da pagarsi a mezzo c/c postale n.8003**
- b) ricevuta del pagamento di € 120,17 di cui € 115,00 quale tassa di iscrizione all'Albo annuale e € 5,17 quale tassa di iscrizione, da pagarsi a mezzo bonifico IBAN: IT 98 W 03111 11304 000000023280 (Banca Popolare Commercio e Industria – Agenzia Città Giardino – Pavia)**
- c) fotocopia del tesserino del codice fiscale**
- d) n.2 fotografie a colori formato tessera**
- e) fotocopia di un documento d'identità in corso di validità**

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essere residente in Via \_\_\_\_\_
- comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_;
- e-mail \_\_\_\_\_;
- recapito postale in Via \_\_\_\_\_
- comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure 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;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 D.Lgs 196/2003.

FIRMA

.....

Data .....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**

(Art. 47 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ consapevole delle

responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità che

*non risultano carichi pendenti né presso la Procura della Pretura né presso la Procura del Tribunale. Dichiara inoltre di godere dei diritti civili, e che non vi sono procedimenti e provvedimenti disciplinari in atto a suo carico.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA .....

Il /La dichiarante

.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....