

(Bollo € 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA

Il/ la sottoscritto/a.....

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

A tal fine, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

- **di essere nato/a** a..... **prov.**.....**il**.....
- **codice fiscale**.....
- **di essere residente a** .....**prov** .....**cap**.....
- **in via**..... **tel**.....
- **indirizzo e-mail**.....
- **Posta elettronica certificata – PEC** .....
- **di essere cittadino/a** .....
- **di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria il**.....  
**presso l'Università degli Studi di**.....
- **di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione**.....  
**dell'anno** ..... **presso l'Università degli Studi di** .....
- **di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute anno**.....
- **di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale**  
**(data scadenza.....)**

Il/la sottoscritto/a, inoltra, dichiara

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 o godano del beneficio della non menzione;
- di aver riportato condanne penali;  
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

Informativa ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs. 196/2003. Ai sensi dell'art. 7 e 8 del D.Lgs. 196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi al responsabile della segreteria.

FIRMA

.....

Data .....

## SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

---

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Reggio Calabria

La sottoscritta \_\_\_\_\_ incaricata, ATTESTA,

ai sensi del DPR n. 445/2000 che il Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_ identificato

a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

## **ELENCO DOCUMENTI PER ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI E ALBO ODONTOIATRI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

**Ricevuta del pagamento della tassa concessione governative di  
€ 168,00 da versare sul c/c postale 8003**

(si trova negli uffici postali già intestato a “agenzia delle entrate – ufficio di Roma 2 – tasse concessioni governative” - nella voce “tipo di versamento” barrare “rilascio” e il codice tariffa è 8617 – se non si dovesse trovare il c/c già intestato è possibile utilizzarne uno in bianco in tre facciate)

**Ricevuta bonifico bancario di € 135,00 quale quota di prima iscrizione**

all’Ordine da effettuarsi sul conto corrente bancario intestato a: Ordine dei Medici

Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Reggio Calabria - CODICE

IBAN: IT 94 B 01005 16300000000200007 – presso Banca Nazionale del Lavoro

– Reggio Calabria

**Nella causale scrivere: Diritti di segreteria e quota associativa Ordine Medici**

**Chir. e Odontoiatri Reggio Calabria (anno in corso)**

**Permesso di soggiorno**

**Tre fotografie**

**Fotocopia del numero di codice fiscale**

**Fotocopia documento di identità (fronte e retro)**

**Marca da bollo da € 16,00 (da applicare sul modulo di domanda)**

## AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE A COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE **QUALSIASI CONDANNA**, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

L'iscrizione all'Albo professionale dei cittadini stranieri è subordinata al superamento della prova prevista dagli ex art.47 e 50 D.P.R. 394/99.

La prova verte sulla dimostrazione della conoscenza della lingua italiana scritta e parlata.

Il richiedente l'iscrizione dovrà inoltre dimostrare la conoscenza del Codice di Deontologia Medica nonché della legislazione italiana in materia sanitaria.

(passare presso gli uffici dell'Ordine per il ritiro del materiale riguardante la prova)