

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE
ALBO ODONTOIATRI
SEMPLIFICATA RESA AI SENSI DEL D.L. N.18 DEL
17.03.2020

Il/la sottoscritto/a

CHIEDE

l' iscrizione all'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine.

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

DICHIARA

- di essere nato/a a prov.....,
il..... codice fiscale.....
- di essere residente a
via..... Cap..... prov.....
tel.....
cell.....
e-mail.....
pec.....
- di essere cittadino/a.....
- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il
presso l'Università degli Studi di..... con voto.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione dell'anno presso l'Università
degli Studi di con voto
- 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 aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del
casellario giudiziale o godano del beneficio della non menzione;
- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, 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 Decreto Legislativo n.196 del 2003.

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 quanto sopra corrisponde al vero.

Data.....

Firma.....

Si allegano:

- 1 fototessera
- 1 foto di un documento identità
- 1 certificazione originale di avvenuta vaccinazione da Covid – 19.

Per la regolarizzazione e perfezionamento della domanda di iscrizione è necessario allegare:

- a) Fotocopia documento di identità in corso di validità;
- b) Fotocopia della tessera del codice fiscale/tessera sanitaria;
- c) Due fotografie formato tessera;
- d) Ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168.00 da pagarsi a mezzo c/c postale n.8003 intestato a “Agenzia Entrate Centro Operativo Pescara Tasse concessioni governative” Causale: iscrizione Albo Odontoiatri di Reggio Calabria
- e) Versamento di € 135.00 a mezzo di bollettino PAGOPA (vedere le istruzioni di pagamento tassa prima iscrizione Albo)
- f) Imposta di bollo € 16.00
- g) Certificazione originale di avvenuta vaccinazione da Covid – 19. Tale certificazione deve essere prodotta in originale atteso che non può essere oggetto di autocertificazione trattandosi di stato di salute. Vedi Comunicato n. 212 della FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI, Protocollo N. 16271/2021 del 27-10-2021



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI REGGIO CALABRIA

Via S. Anna II^a Tronco Loc. Spirito Santo - 89128 Reggio Calabria

Tel: 0965/812797 - Fax: 0965/893074

C.F. 80002150805

Web: www.omceo.rc.it

Email: segreteria@omceo.rc.it

Pec: segreteria.rc@pec.omceo.it

ISTRUZIONI DI PAGAMENTO PER LA PRIMA ISCRIZIONE

ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI

Per il pagamento della tassa di prima iscrizione all'Albo attenersi alle seguenti istruzioni:

Inviare una e-mail a segreteria@omceo.rc.it con il seguente oggetto: **Richiesta bollettino prima iscrizione albo Medici / Odontoiatri**

Nel corpo della e-mail inserire i seguenti dati:

- Codice fiscale
- Cognome
- Nome
- Indirizzo
- Comune
- CAP
- Provincia
- Email

La segreteria provvederà all'emissione del bollettino e all'invio tramite e-mail.

La ricevuta del pagamento dovrà essere allegata alla domanda di prima iscrizione.

La quota può essere pagata mostrando il codice QR agli sportelli delle tabaccherie con circuiti Sisal e Lottomatica oppure presso sportelli delle banche abilitate.

Oppure on line tramite la piattaforma dei pagamenti. Di seguito i passaggi dettagliati:

CARTA DI CREDITO

- accedere al sito di Italcrossioni (www.italiscossioni.it) o accedendo direttamente al link <https://itrapagopa.ddns.net/>
- cliccare sul pulsante azzurro in alto a destra della schermata, dove trova scritto "paga con il pagoPA"
- entrata nella schermata successiva, digitare il codice IUV nell'apposito campo. Il suo codice IUV è indicato sul primo foglio allegato
- alla richiesta del sistema, procederà accedendo SENZA SPID E SENZA REGISTRARSI. Inserirà soltanto un indirizzo email NON PEC
- bisogna accettare la normativa della privacy
- arriverà nella pagina in cui le verrà chiesto come pagare
- cliccare su carta di credito, scegliere il circuito della sua carta (visa, mastercard, etc) inserendo i dati relativi al pagamento

CONTO CORRENTE

- accedere al sito di Italcrossioni (www.italiscossioni.it) o accedendo direttamente al link <https://itrapagopa.ddns.net/>
- cliccare sul pulsante azzurro in alto a destra della schermata, dove trova scritto "paga con il pagoPA"
- entrata nella schermata successiva, digitare il codice IUV nell'apposito campo. Il suo codice IUV è indicato sul primo foglio allegato
- alla richiesta del sistema, procederà accedendo SENZA SPID E SENZA REGISTRARSI. Inserirà soltanto un indirizzo email NON PEC
- bisogna accettare la normativa della privacy
- arriverà nella pagina in cui le verrà chiesto come pagare



ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI REGGIO CALABRIA

Via S. Anna II^a Tronco Loc. Spirito Santo - 89128 Reggio Calabria

Tel: 0965/812797 - Fax: 0965/893074

C.F. 80002150805

Web: www.omceo.rc.it

Email: segreteria@omceo.rc.it

Pec: segreteria.rc@pec.omceo.it

- cliccare su "il mio conto corrente"
- comparirà una pagina con un elenco di banche. Cliccare su Intesa Sanpaolo MyBank
- comparirà una pagina riassuntiva della posizione da pagare. Premere il tasto in basso "paga ora"
- entrerà in una nuova pagina dove verrà chiesto di selezionare la propria banca
- selezionare la propria banca.
- inserire eventuali codici di accesso personali
- procedere al pagamento