

marca da  
bollo € 16,00

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA**  
**SEDE**

La/Il sottoscritta/o \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'Iscrizione all'**

**ALBO MEDICI CHIRURGHI**

**ALBO ODONTOIATRI**

di Codesto Ordine Professionale.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, la/il sottoscritta/o, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

**DICHIARA**

- di essere nata/o a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_;

- di avere Cittadinanza: \_\_\_\_\_;

- Codice fiscale \_\_\_\_\_;

- di essere residente in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;

- Città \_\_\_\_\_; Cap \_\_\_\_\_; Prov. \_\_\_\_\_;

- Tel. Fisso \_\_\_\_\_; Cell. \_\_\_\_\_;

- E-mail \_\_\_\_\_; P.E.C. \_\_\_\_\_;

- domicilio presso cui inviare eventuali comunicazioni (se diverso dalla residenza):

\_\_\_\_\_;

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

- di aver superato l'esame di Abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione anno \_\_\_\_\_; presso l'Università

degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_; oppure

di aver conseguito Laurea con valore Abilitante;

**La/Il sottoscritta/o, inoltre, dichiara:**

- di  non aver riportato condanne penali e/o di  aver riportato condanne penali\*: specificare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;  
(\* 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 riferirsi anche alle sentenze di patteggiamento).

- di  non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali; ovvero di  essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: specificare \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ;  
- di  non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

- di  aver effettuato il pagamento della Tassa Regionale di Abilitazione all'Esercizio Professionale;

- di  non essere iscritta/o in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegata/o a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

- di  non essere stata/o cancellata/o per morosità ed irreperibilità né di essere stata/o radiato da alcun Albo Provinciale;

- di  non aver 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 stata/o informata/o sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 ( informativa scaricabile dal sito internet al seguente link: <https://www.omceocaserta.it/informativa-iscrizioni/> );

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE**

**Riconoscimento effettuato mediante**

Carta identità  Patente  Passaporto

numero \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

ALLEGARE QUI FOTOGRAFIA  
DA APPORRE SUL TESSERINO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del funzionario incaricata/o a raccogliere la presente domanda.

Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza

DATA PROTOCOLLO IN INGRESSO

## ELENCO DELLA DOCUMENTAZIONE OCCORRENTE PER L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI

1) **Domanda in bollo da € 16,00**, redatta secondo il modello sopra indicato, compilata in ogni singola voce

(la firma di sottoscrizione deve essere leggibile e apposta per esteso);

2) **Attestazione del versamento della Tassa sulle Concessioni Governative di € 168,00** da effettuarsi sul c/c postale n. 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara; nella causale specificare: “

***Tassa Iscrizione Albo Professionale Medici di Caserta*** ovvero ***“Tassa Iscrizione Albo Professionale Odontoiatri di Caserta”***

3) **Versamento di € 134,00 da effettuare attraverso apposito “avviso di pagamento” - canale Pagopa -** generato in sede all’atto della richiesta di iscrizione (possibilità di pagamento in loco con bancomat e/o carta di credito o presso tutti i canali abilitati “Pagopa”).

L'importo da versare corrisponde a:

- **Tassa di Iscrizione anno in corso all'Albo professionale € 100,48**

- **Tassa di Iscrizione FNOMCeO Roma € 23,52**

- **Tassa rilascio Tessera d'iscrizione all' Albo dei Medici-Chirurghi e Odontoiatri € 10,00**

4) **N. 1 marca da bollo di € 2,00;**

5) **N. 2 foto** (stessa posa e formato);

6) **Fotocopia del Documento di Identità in corso di validità;**

7) **Fotocopia del Codice Fiscale;**

8) **PEC** , se già posseduta.