



**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI DI
SIRACUSA**

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

Il/la sottoscritto/a _____.

CHIEDE

L' iscrizione **ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del d.p.r. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

DICHIARA

ai sensi degli artt. 46 e 47 del d.p.r. n. 445/2000

- di essere nato/a a _____

prov _____, il _____

- codice fiscale _____

- di essere residente a _____

prov. _____ cap _____ Via _____ civico _____

- di essere domiciliato/a a _____

prov. _____ cap _____ Via _____ civico _____

- tel. _____ Cell. _____

e-mail _____

Pec. _____

- di essere cittadino/a _____
 - di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia
il _____ presso l'Università degli Studi di _____
con voto _____/_____ lode ;
 - [] di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione
.....Anno _____ con _____
_ voto...../..... presso l'Università degli Studi di
 - [] di aver conseguito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del decreto del
Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 9 maggio 2018, n. 58;
 - [] di aver conseguito la valutazione del tirocinio prescritta dall'articolo 2 del
decreto del ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca n. 445 del 2001;
 - [] di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del Decreto-Legge n.18 del 17.3.20
 - di NON a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
 - di NON aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel
certificato giudiziario ad uso amministrativo;
 - 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 inerire anche le sentenze di
patteggiamento)*
-
-
- di godere dei diritti civili.
 - di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro
organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Il/la sottoscritto/a, inoltre,

- dichiara di non essere iscritto/a in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- dichiara impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC;
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/1679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web.
- autorizza il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsente alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.
- dichiara di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;
- dichiara di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.
- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.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 alla presente:

- a) fotocopia della tessera del codice fiscale e copia documento di identità;
- b) due fotografie formato tessera da allegare alla domanda;
- c) ricevuta attestante l'avvenuto pagamento della tassa di concessione Governativa (CC.GG.) di € 168,00 sul c/c postale n. 8904, intestato a: AGENZIA DELLE ENTRATE - UFFICIO DI ROMA 2 TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE -SICILIA
- d) Versamento di € 140.00 quale Tassa Annuale di iscrizione all' Albo a mezzo di bollettino PAGOPA.

Per richiedere il bollettino con codice IUV da pagare, inviare una richiesta via mail a info@ordinedeimediscr.it. secondo il modello allegato.