

Marca da bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI 1ª ISCRIZIONE ALL'ALBO ODONTOIATRI  
PER CITTADINI EXTRACOMUNITARI  
CON LAUREA CONSEGUITA IN ITALIA  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
*cognome* *nome*

**CHIEDE**

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

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- codice fiscale
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_
- di eleggere il proprio domicilio a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_
- tel. (dato facoltativo) \_\_\_\_\_ cell. (dato facoltativo) \_\_\_\_\_
- e-mail (dato facoltativo) \_\_\_\_\_
- pec (dato obbligatorio) \_\_\_\_\_
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con la votazione di \_\_\_\_\_
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione relativa all'anno \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ riportando la votazione di \_\_\_\_\_
- di essere in possesso del permesso di soggiorno in corso di validità, rilasciato per motivo di \_\_\_\_\_
- di essere in possesso della certificazione attestante la sussistenza dei requisiti per l'esercizio di attività di lavoro autonomo rilasciata dalla Direzione Provinciale del Lavoro di Sassari in data \_\_\_\_\_
- di essere stato iscritto presso l'Università di \_\_\_\_\_ in sovrannumero  
nell'anno accademico \_\_\_\_\_
- di non essere stato iscritto presso l'Università di \_\_\_\_\_ in sovrannumero  
nell'anno accademico \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a, inoltre, *(barrare la voce che interessa)*

**DICHIARA**

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario 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
- 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 non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

**DICHIARA**

- di non essere iscritto in altro Ordine 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 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 stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

**A completamento della domanda si allegano i seguenti documenti:**

1. permesso di soggiorno *(\*I)*;
2. due fotografie formato tessera;
3. fotocopia del tesserino del codice fiscale;
4. ricevuta di versamento di € **168,00**, quale **Tassa Concessioni Governative**, su c/c postale n. 8003 intestato a: Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara;
5. ricevuta di versamento di € **145,00**, quale Tassa Annuale;
6. ricevuta di versamento di € **5,00**, quale Tassa di Iscrizione.

**I pagamenti di cui ai punti n. 5 e n. 6 possono essere effettuati secondo le seguenti modalità:**

- versamento presso qualunque sportello del Banco di Sardegna Spa a favore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice Ente 4299947** (CPRE);
- bonifico bancario su conto corrente intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice Iban IT38R0101517203000070303157**.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 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 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Sassari, lì \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*(\*I)* Il permesso di soggiorno, che consente l'iscrizione all'Ordine, può essere **unicamente** quello rilasciato per motivi di lavoro autonomo o dipendente, per motivi familiari, per l'iscrizione alle liste di collocamento e per motivi di studio e formazione.

**N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.**