

Marca da bollo
€ 16,00

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

Decreto Legge 17.03.2020, n. 18 - Art. 102, convertito in Legge 24.04.2020, n. 27

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

Il/La sottoscritto/a _____
cognome _____ nome _____

CHIEDE

l'iscrizione all'**Albo Medici Chirurghi** 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 trovarsi nella fattispecie di cui all'art. 102 del Decreto Legge n. 18 del 17.03.2020, convertito in Legge 24.04.2020, n. 27;**
- 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 Medicina e Chirurgia, CLASSE _____
il _____ presso l'Università degli Studi di _____
con la votazione di _____
- di aver svolto il Tirocinio pratico valutativo PRE-LAUREA, secondo la normativa vigente;
- di aver svolto il Tirocinio pratico valutativo POST-LAUREA, secondo la normativa vigente, e concluso in data _____
- 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.

A completamento della domanda si allegano i seguenti documenti:

1. dichiarazione sostitutiva di certificazione relativa al possesso del 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 la seguente modalità:

bonifico bancario su conto corrente intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice IBAN: IT32J056961100000010183X95.**

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.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

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. La domanda di iscrizione deve essere esclusivamente presentata a mezzo posta o consegnata personalmente previo appuntamento, contattando la segreteria dell'Ordine dal lunedì al venerdì dalle ore 9.00 alle ore 11.00 al numero 079234430. La domanda di iscrizione, 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.