

Marca da bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI
PER CITTADINI COMUNITARI 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 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 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 Abilitante 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 conseguito il Diploma di Laurea non abilitante in Medicina e Chirurgia, CLASSE _____,
il _____ presso l'Università degli Studi di _____
con la votazione di _____
- di aver svolto il Tirocinio pratico valutativo POST-LAUREA, secondo la normativa vigente, e concluso in
data _____, e di aver superato con esito positivo presso l'Università degli Studi di
_____ nella sessione _____ come da decreto _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella _____ sessione relativa all'anno
_____ presso l'Università degli Studi di _____
riportando la votazione di _____

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, (*barrare la voce che interessa*)

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 essere stato/a iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____ dal _____ al _____ ;
- di non essere stato cancellato per morosità e/o irreperibilità;
- di non essere stato radiato da alcun Albo provinciale o che sono trascorsi 5 anni dalla radiazione e in caso di condanna penale sia intervenuta la riabilitazione, ex art. 50 del DPR 221/1950;
- 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 (comprese le variazioni di residenza e/o domicilio e indirizzo PEC, come specificatamente previsto dall'art. 64 del Codice di Deontologia Medica)

A completamento della domanda si allegano i seguenti documenti:

1. due fotografie formato tessera;
2. fotocopia del tesserino del codice fiscale;
3. 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;
4. ricevuta di versamento di **€. 145,00**, quale Tassa Annuale.

Il pagamento di cui al punto n. 4 deve essere effettuato secondo la seguente modalità:

bonifico bancario su conto corrente intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice IBAN: IT32J0569611000000010183X95**.

La causale deve riportare necessariamente il nominativo del sanitario che presenta la domanda di iscrizione.

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 _____

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.