|  |
| --- |
| Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  e degli Odontoiatri di Trapani  Prot. n ……………… del ……………………..  Ric. n……………........ del …………………… |

Bollo da

€ 16,00

**DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL’ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

Ill.mo Sig. Presidente dell’ Ordine dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trapani

Il sottoscritto Dott. ……………………………………………………………………………………………

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell’articolo 46,47,75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

**DICHIARA:**

- di essere nato a ……………………………………….……………………il ..…………………………………..

- di essere cittadino …………………….. …………………..

- di essere residente a ……………………………………….. in via ……………….……………………………

CAP……………… telefono ………………………… Cell……………………e-mail………………………….

PEC (Posta elettronica Certificata) …………………………………………

(legge 28/01/2009 n.2 di conversione D.L.29/11/2008 n.185)

- che il proprio codice fiscale è …………………………………………………………………

Domicilio professionale – (indicazione obbligatoria per chi esercita in una provincia diversa da quella di residenza)

Comune di riferimento ……………………………………………………………………………….Prov. (……..)

Indirizzo ……………………………………………………………………….CAP……………………………….

- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria presso l’Università

di ……..……………………………….…….il…………...………….. con voti ……………

- di essersi abilitato all’esercizio della professione in data ……………….nella sessione…………..……………

presso l’Università di …………………………….

Già iscritto all’Albo dei Medici / Odontoiatri di Trapani dal……………al n……… e cancellato

il………………….per……………………………………………………………………………………………

DICHIARA INOLTRE

- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l’applicazione di misure di sicurezza e di 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 godere dei diritti civili;

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

- di non essere dipendente presso Pubbliche Amministrazioni o se dipendente dalle suddette, che non hanno incompatibilità con l’iscrizione all’albo

- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale

- di essere stato iscritto all’albo Medici Chirurghi

dell’Ordine di………………………………

Odontoiatri

con cancellazione in data……………………… per……………………………………………………………...

- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso diniego di iscrizione all’Albo

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti

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;

**CHIEDE**

La reiscrizione all’**Albo degli Odontoiatri della provincia di Trapani**.

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 3/2018, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950, dalla Legge 3/2018 e dal Reg. UE 679/16 .

Si Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto completa informativa ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 679/2016 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali con particolare riguardo a quelli cosiddetti particolari nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell’informativa.

Vedi informativa pubblicata sul sito dell’OMCEO di Trapani e affissa presso la bacheca dell’OMCEO di Trapani.

Luogo e Data

Firma

Spazio riservato all’Ordine:

Presentazione presso gli Uffici dell’Ordine

Il sottoscritto …………………………………………….. incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il

Dott. ……………………………………………………………. Identificato a mezzo di ………………………………

N°…………………………… rilasciata il ……………………… a ………………………………………………… ha

sottoscritto in sua presenza l’istanza.

Trapani……………….

Timbro e firma dell’incaricato che riceve l’istanza

……………………………………………

Presentazione tramite invio postale o Pec

Pervenuta presso gli uffici dell’Ordine il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prot. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allegato documento di riconoscimento : Tipo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ordine provinciale dei medici chirughi e degli odontoiatri di Trapani

**Documenti necessari per la reiscrizione all’Albo dei Medici Chirurghi**

Per la reiscrizione i Medici devono:

1) essere residenti o avere il domicilio professionale in Trapani o Provincia. Scaricare la domanda di iscrizione e

munirsi di marca da bollo da €. 16,00;

2) compilare la domanda in stampatello ( in maniera chiara e leggibile), indicando tutti i dati richiesti e apponendo la

marca da bollo di euro 16,00;

3) L’interessato/a deve presentarsi munito di documento di identità , ovvero allegare copia qualora produca l’istanza

per il tramite di terzi o la trasmetta per le vie postali ( in questo caso, è opportuno provvedere a mezzo

raccomandata a/r. diversamente, gli uffici non risponderanno di eventuali disguidi) o via PEC ( al ritiro del tesserino

dovrà fornire i documenti in originale) ;

Ricordiamo che l’iscrivendo dovrà presentarsi munito di indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata).

Da allegare:

* n. 2 fotografie
* fotocopia del codice fiscale e del documento di identità
* Qualora la residenza sia fuori dalla provincia trapanese presentare attestazione di domicilio professionale in Trapani o provincia o una dichiarazione sostitutiva predisposta dall’Ordine.
* Ricevuta comprovante il pagamento della “Tassa Concessioni Governative” di Euro 168,00 da effettuarsi tramite il bollettino prestampato presso gli uffici postali.

- da versarsi a mezzo c/c postale n.8904 intestato Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara

- alla voce Codice tariffa del predetto bollettino, indicare 8617 – causale iscrizione albo professionale

Pagamento di Euro 160,00 (se è iscritto all’Albo dei Medici l’importo dovuto è di €.137,00 ) da corrispondere tramite bonifico bancario alle seguente coordinate bancarie **IT44 I030 3216 4000 1000 0032** 036 intestato “Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Trapani”

Il suddetto importo è così costituito:

- euro 35,00 tassa di iscrizione

- euro 125,00 tassa annuale

**Avvertenze:**

* Si informa che i dati forniti verranno trasmessi alla FNOMCeO ( Federazione Nazionale Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) ed all’ENPAM (Ente Nazionale previdenza e Assistenza Medici) per la loro relativa competenza.

Il medico è invitato a comunicare eventuale domicilio professionale, ed è tenuto a

comunicare direttamente all’Ordine ogni variazione di residenza e/o domicilio.

* Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere (art. 75 T.U. – DPR 445/2000)

**Si precisa che l’iscrizione all’Albo ha decorrenza dalla data della delibera del Consiglio Direttivo dell’Ordine (NON già dalla presentazione della domanda)**