

Marca  
da bollo  
€. 16,00

**Ill.mo Sig. PRESIDENTE  
ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI ED ODONTOIATRI  
della Provincia di BARI**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'iscrizione **anche** nell'Albo degli **ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

- di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ,
- il \_\_\_\_\_ ; codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ;
- in via \_\_\_\_\_ ; CAP \_\_\_\_\_ ,
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ ;
- Cell. \_\_\_\_\_ , Tel. \_\_\_\_\_ ,
- email \_\_\_\_\_ ; PEC \_\_\_\_\_ ;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **MEDICINA CHIRURGIA** in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_ ;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28 gennaio 1980 (art.20 della Legge 409/85);
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art.4, 2° comma della Legge 409/85;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella (I/II) \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_ ;

***Il sottoscritto, inoltre, dichiara:***

- di non aver riportato condanne penali, consapevole che l'Ordine provvederà alle verifiche del caso;
- di godere dei diritti civili.
- di **NON** essere attualmente iscritto in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
- di essere stato iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_ e di essersi dimesso in data \_\_\_\_\_ con la seguente motivazione:  
\_\_\_\_\_;
- di essere stato iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_ e di essere stato cancellato in data \_\_\_\_\_ per morosità e irreperibilità;
- di essere stato iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_ e di essere stato radiato in data \_\_\_\_\_ con la seguente motivazione:  
\_\_\_\_\_;
- di **NON** essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di **NON** avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo, oppure \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_ altri \_\_\_\_\_ motivi \_\_\_\_\_ quali:  
\_\_\_\_\_;
- 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 della D.Lgs. 196/03 e di dare il proprio consenso al trattamento dei dati personali e sensibili.

*Firma*

Bari lì, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGI ED ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BARI**

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art.30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che l'istanza:

è stata presentata personalmente da sottoscrittore identificato con documento \_\_\_\_\_ n \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. \_\_\_\_\_ identificato con documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento di identità valido del sottoscrittore.

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

Bari lì, \_\_\_\_\_

## **PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO OCCORRE ALLEGARE:**

- 1) **Assegno Circolare Bancario di €. 162,00** intestato all'Ordine dei **Medici di Bari** (comprendente €. 55,00 taxa di prima iscrizione e €. 107,00 quota di iscrizione annuale albo Odontoiatri);
- 2) **Attestazione dell'avvenuto pagamento di €.168,00 su C.C.P. N.8003** – AGENZIA DELLE ENTRATE – UFFICIO DI PESCARA TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE – TIPO DI VERSAMENTO : **RILASCIO**;
- 3) **Fotocopia del documento di identità** (valido e fronte/retro);

## **A PENA DI IRRICEVIBILITA' LE ISTANZE DEVONO ESSERE PRESENTATE COME SEGUE:**

- ❖ Le domande di iscrizione devono essere presentate personalmente dal medico che intende iscriversi, il quale deve presentarsi all'Ordine necessariamente munito di documento di identità non scaduto;
- ❖ NON potranno essere accettate tutte quelle istanze incomplete degli elementi indicati;
- ❖ Le istanze vanno prodotte in carta uso bollo da €. 16,00 e la prevista marca da bollo va apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, onde evitare di doverla sostituire in caso di errori nella presentazione dell'istanza stessa;
- ❖ Tutti i modelli delle domande con più facciate devono essere presentati all'Ordine su un unico foglio formato A3, compilato (su 4 facciate) scrivendo in STAMPATELLO;
- ❖ Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.