

Marca

da bollo

€. 16,00

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

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

**CHIEDE**

di essere iscritto nell'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** e nell'Albo degli **ODONTOIATRI** di codesto Ordine, per Trasferimento dall'Ordine di \_\_\_\_\_  
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. \_\_\_\_\_,
- in data \_\_\_\_\_; cod.fiscale \_\_\_\_\_;
- codice ENPAM \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_;
- cell. \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_,
- email \_\_\_\_\_; PEC \_\_\_\_\_;
- di avere la sede della propria Attività Professionale nel Comune di \_\_\_\_\_  
prov. \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** in data \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella (I/II) \_\_\_\_\_  
sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere attualmente iscritto all'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver avuto la "Prima" iscrizione all'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** della Provincia di \_\_\_\_\_  
con anzianità \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in **ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**  
in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella (I/II) \_\_\_\_\_  
sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
con voti \_\_\_\_/\_\_\_\_;
- di essere attualmente iscritto all'Albo degli **ODONTOIATRI** della Provincia di \_\_\_\_\_;
- di aver avuto la "Prima" iscrizione all'Albo degli **ODONTOIATRI** della Provincia di \_\_\_\_\_  
con anzianità \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_;

**Il sottoscritto, inoltre, dichiara:**

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e alla Fondazione ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali, consapevole che l'Ordine provvederà alle verifiche del caso;
- di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- 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*

Trani lì, \_\_\_\_\_



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BARLETTA-ANDRIA-TRANI**

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

Trani lì, \_\_\_\_\_

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

- 1) Assegno Circolare Bancario di €. 60,00 intestato all'Ordine dei Medici di BAT, per tassa d'iscrizione;
- 2) Fotocopia del Codice Fiscale;
- 3) Fotocopia del documento di identità (valido e fronte/retro);

### **ATTENZIONE !!**

Per “anzianità” si intende la data (giorno, mese e anno) della prima iscrizione (a ciascuno degli Albi) presso un Ordine Professionale.

### **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 scrivendo in STAMPATELLO;
- ❖ Il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.