

ALBO MEDICI CHIRURGHI
ISTANZA DI TRASFERIMENTO - REISCRIZIONE

Imposta di bollo assolta in modo virtuale (2° comma art. 15 DPR 642/72) - Autorizzazione n. 19898/2021 del 29/03/2021 - Agenzia Delle Entrate - Direzione Provinciale di Pisa - Ufficio Territoriale di Pisa.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di
Pisa

Il/la sottoscritto/a dott./ssa

Cognome

Nome

Codice fiscale

C H I E D E l'iscrizione a codesto Ordine – ALBO ODONTOIATRI

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. 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 d.p.r. 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

di essere nato/a a

prov

il

di essere cittadino/a

di essere residente a

prov.

Indirizzo

cap

Email

cellulare

PEC

telefono

di stabilire il proprio DOMICILIO (se diverso dalla residenza)

nel Comune

Prov.

Indirizzo

cap

di aver conseguito la Laurea in ODONTOIATRIA

presso l'Università di

il

Voto

LODE - Anno di immatricolazione

di aver superato l'esame di abilitazione

presso l'Università di

il

voto

Sessione

di stabilire il proprio domicilio professionale

nel Comune di

Prov.

Indirizzo

cap

Presso

di **NON** aver riportato condanne penali e di **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 **AVERE** riportato condanne penali; [nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento)]

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

Di aver ottenuto la prima iscrizione all'Albo presso l'Ordine dei Medici di in data

ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di dal al n.

Di non avere procedimenti disciplinari e penali pendenti

Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Di **NON** essere in regola con i pagamenti ENPAM, ma di avere avviato un piano di rientro dei tributi insoluti.

RE-ISCRIZIONE

Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici di

Dal al n.

Motivo della cancellazione:

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

DICHIARA INOLTRE:

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.

Se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (riservato unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data

Firma _____

ISTANZA DI TRASFERIMENTO - REISCRIZIONE

Termine di conclusione del procedimento: max 3 mesi (Dlgs Cps 233/1946 e s.m.i.)

Per richiedere l'iscrizione per trasferimento o re-iscrizione all'Ordine dei Medici e Odontoiatri di Pisa è **necessario**:

- **Avere la Residenza o il Domicilio o il Domicilio professionale - nel territorio della Provincia di PISA**
- **essere in regola con i pagamenti presso l'Ordine di provenienza e l'ENPAM**
- **essere titolari di una casella di Posta Elettronica Certificata**

Le dichiarazioni di cui sopra verranno verificate presso gli Enti competenti.

In caso di dichiarazioni NON veritiere sono previste le sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000

ALLEGATI DA PRESENTARE

Istanza di Trasferimento

- copia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della tessera del codice fiscale/tessera sanitaria;
- una fotografia formato tessera in formato jpeg
- ricevuta del pagamento del bollettino PAGOPA* da € 16,00 per l'assolvimento dell'imposta di bollo

*Il bollettino deve essere richiesto alla segreteria dell'Ordine tramite PEC (segreteria.pi@pec.omceo.it) indicando i seguenti dati: Cognome, Nome, Codice fiscale, Indirizzo di residenza.

Istanza di Re-iscrizione

- copia documento di identità in corso di validità;
- fotocopia della tessera del codice fiscale/tessera sanitaria;
- una fotografia formato tessera in formato jpeg
- Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di € 168,00 da effettuare su C/C postale n.8003 intestato all'Agenzia delle Entrate - Tasse Concessioni Governative Tipo di versamento: Rilascio - Causale: Iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri.- Codice Tariffa: n.8617.
- Ricevuta del pagamento della tassa di iscrizione di € 125,00 a mezzo di bollettino PAGOPA* (contattare la segreteria dell'Ordine per l'emissione del bollettino).
- Ricevuta del pagamento del bollettino PAGOPA* da € 16,00 per l'assolvimento dell'imposta di bollo

*I bollettini devono essere richiesti alla segreteria dell'Ordine tramite PEC (segreteria.pi@pec.omceo.it) indicando i seguenti dati: Cognome, Nome, Codice fiscale, Indirizzo di residenza.
