DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI (CITTADINANZA EXTRA UE)

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

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 MEDICI CHIRURGHI

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 trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17/03/2020*

di aver conseguito la Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA

presso l'Università di | il

Voto | ☐ LODE - Anno di immatricolazione

☐ di aver acquisito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2018, n. 58 (LAUREA ABILITANTE)*

di aver superato l'esame di abilitazione

presso l'Università di | il | voto

Sessione

☐ di aver conseguito la valutazione prescritta dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca n. 445 del 2001*

di stabilire il proprio domicilio professionale

nel Comune di | Prov.

Indirizzo | cap

*Selezionare solo le voci interessate

☐ 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 **NON** essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e chirurgia in sovrannumero	☐ Di essere stato iscritto al corso di Laurea in Medicina e chirurgia in sovrannumero

☐ di essere in regola con il permesso di soggiorno per motivi di
(da presentarsi in copia).

☐ di possedere il decreto di riconoscimento della Laurea da parte del Ministero della Salute

Indicare gli estremi

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

ALLEGATI DA PRESENTARE

- 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.
- Versamento di € 50,00 a mezzo di bollettino PAGOPA (vedere le Istruzioni di pagamento tassa prima iscrizione Albo)

- Fotocopia del permesso di soggiorno (per cittadini extra UE)