

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI  
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

MARCA DA  
BOLLO DA  
€ 16,00

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI  
RAGUSA**

Il/la sottoscritto/a Dr.....

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI** 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 dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 Dicembre 2000, N. 445),

**DICHIARA**

- Di essere nato/a a .....(Prov.....), il.....
- Codice fiscale.....
- Codice Enpam.....
- Di essere residente a.....(Prov.....)
- In Via.....n.....Tel/Cell.....
- Email.....Pec.....
- Di esercitare nel Comune di .....(Prov.....)
- Di essere cittadino/a.....
- Di aver conseguito il Diploma di Laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** presso l'Università degli Studi di .....in data.....
- Di aver superato l'Esame di Abilitazione Professionale presso l'Università degli Studi di.....nella sessione .....dell'anno.....
- Di essere in atto iscritto/a presso l'Ordine di .....in data.....
- Di essere in regola con il pagamento dei contributi annuali dovuti sia all'Ordine di appartenenza che all'ENPAM;
- Di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione del certificato casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- Di non avere procedimenti penali o provvedimenti disciplinari in pendenza;
- Di non essere stato/a cancellato/a per morosità e irreperibilità, né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo Provinciale;

- Di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro Organo Giurisdizionale avverso il diniego d'iscrizione all'Albo;
- Di essere stato/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/2003.
- 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. 445/2000, in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei 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.***

Data .....

Firma

.....

**AVVERTENZA**

**IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUITI AL PROVVEDIMENTO EMANATO  
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

---

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGH  
E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA**

Il sottoscritto.....

Incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U.- DPR 28 Dicembre 2000, n. 445- che il /la

Dr.....

Identificato a mezzo di .....

Ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Ragusa li.....

Timbro e firma dell'incaricato

che riceve l'istanza

.....

## **ISCRIZIONE ALL'ALBO (MEDICI-CHIRURGHI)**

### ***DOCUMENTI PER L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI***

#### ***o degli ODONTOIATRI (DPR 5 Aprile 1950, n. 221)***

- Domanda di iscrizione nell'Albo Professionale e contestuale autocertificazione in bollo da €. 16,00 (come da Fac-simile);
- Fotocopia di un documento personale valido, ai sensi dell'art. 3, 1° comma, legge 127/1997;
- Fotocopia del Tesserino del Codice Fiscale;
- N. 2 Fotografie a colori formato tessera;
- Versamento di €. 16.00 (sedici/00) da effettuarsi a mezzo bonifico bancario, indirizzato all'Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di Ragusa- Via G. Nicastro, 50- presso Banca Agricola Popolare di Ragusa **Cod. IBAN: IT 63 J 05036 17002 CC0021049000.**