



Il/la sottoscritto/a dott./ssa

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

di essere nato/a

prov

il

di essere cittadino/a

di essere residente nel Comune di

prov

Indirizzo

cap

email

cellulare

P.E.C.

**DOMICILIO (se diverso dalla residenza)**

Comune di

prov

Indirizzo

cap

Desidero ricevere le comunicazioni da parte dell'Ordine presso  Residenza  Domicilio

**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 conseguito l'abilitazione in MEDICINA E CHIRURGIA**

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

Presso

Comune di

prov

Indirizzo

cap

### DICHIARA INOLTRE

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 **essere** a conoscenza di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

di **NON** aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

di **AVERE** riportato le seguenti 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

### PRIMA ISCRIZIONE ALBO MEDICI CHIRURGHI

#### Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara

di **NON** essere iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri e di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo

Il/La sottoscritto/a si impegna 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)

---

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento CE 27 aprile 2016, n.2016/679/UE, circa il trattamento dei dati personali raccolti con la presente richiesta e, in particolare, che tali dati saranno trattati, anche mediante sistemi automatizzati, esclusivamente per lo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Ente per le quali la presente richiesta viene resa.

---

Luogo e data

Firma

---

**Si allega alla presente:**

- a) copia documento di identità in corso di validità;
- b) fotocopia della tessera del codice fiscale/tessera sanitaria;
- c) una fotografia formato tessera in formato jpeg;
- d) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Ufficio del Registro di Pescara;
- e) Versamento di € 208,00 a mezzo di avviso di pagamento PAGOPA