

(marca da bollo)
(da €. 14,62)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

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 28/12/2000 n. 445):

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, cap _____ tel _____;
- cell. _____ - E-mail _____
- di essere cittadino/a _____ (*);
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia o all'Estero (se si indicare qualee dove.....)
- e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 del Decreto Legislativo n.196 del 2003.
- (*) (per i cittadini CEE): di essere in possesso delle condizioni di soggiorno previste per i cittadini dell'Unione Europea
-

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 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(*)..._____.

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento,(artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28/12/2000, n.445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data: _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B3)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art.76 T:U: - DPR 28/12/2000 n.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____ cap _____, tel _____;
- cell.. _____ E-mail.. _____
- di essere cittadino/a _____ (*) ;
- di avere conseguito il diploma di laurea in odontoiatria e protesi dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____,
- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia o all'Estero (se si indicare qualee dove.....)
- e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- 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 legge 675/96 e del Decreto Legislativo n.196/2003
- (*) (per i cittadini CEE): di essere in possesso delle condizioni di soggiorno previste per i cittadini dell'Unione Europea

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 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 (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento , (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U.- DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____-identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____-ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B3)

(marca da bollo)

(da € 14,62)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 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. – D.P.R. 28/12/2000 n.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, cap _____ tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
-
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980;
-
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art.19, comma 3 L. n. 409/85 come modificato dall'art 4 D.Lgs. 8/7/03 n.277;
-
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ai sensi dell'art.1, comma 1 del D.Lgs. 13/10/98 n.386;
-
- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.
-

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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 Legge 175/1996 e del Decreto Legislativo n.196 del 2003.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 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 (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento , (artt. 30 e 38 D.P.R. 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato a mezzo _____ n. _____ -- rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B3)

(marca da bollo)
(da € 14,62)

DOMANDA DI CANCELLAZIONE DALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____, il
_____, residente a _____ prov.
_____ in Via _____ iscritto all'Albo dei
Medici Chirurghi/ Odontoiatri con numero d'ordine _____

CHIEDE

la **CANCELLAZIONE** DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 11, lett. d) DLCPS 233/46.

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 28/12/2000 n.445),

DICHIARA

- di non essere a conoscenza di procedimenti penale e disciplinari pendenti
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine e all'Enpam.

Data : _____ FIRMA (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

ALLEGARE: Tesserino dell'Ordine o in caso di impossibilità dichiarazione di smarrimento o furto.

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____-incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28/12/2000 n.445, che il Dott. _____ identificato a mezzo _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza.

Data _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B3)

(marca da bollo)
(da € 14.62)

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

Il **TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

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 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, cap _____ tel _____;
- cell .. _____ E-mail.. _____
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____ in via _____; tel _____ cell. .. _____ -- E-mail.. _____
- di esercitare prevalentemente l'attività nel Comune di _____ prov. _____ c/o _____ in via _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____; dal _____
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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 legge 675/96 e del Decreto Legislativo n.196/2003
-

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 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 (*) _____

segue %

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, a sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)

(marca da bollo)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 24 della L.n. 40 del 6/3/98 , e dell'art.1 comma 6 DL. 25/7/98 n.286 e D.P.R.394 del 31/8/99recante le norme di attuazione al suddetto decreto.

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 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, lavoro autonomo e familiari;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, cap _____ tel _____;
- cell. _____ E-mail. _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ ,
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea
- di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non essere stato ammesso in soprannumero a corsi di diploma di specializzazione
- di essere stato autorizzato (anche se in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza
- di non essere iscritto a scuole di specializzazione

- 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 avere riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizioni nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri in Italia o all'Estero (se SI indicare qualee dove.....)
- e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- 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 Legge 675/96 e del Decreto Legislativo n. 196/2003.
- Allegato: permesso di soggiorno in corso di validità

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n.445 del 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 (*)** _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento , (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato , ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n.445, che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

DA ALLEGARE :

- ❑ Alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- ❑ Alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.

(*) Barrare le voci che interessano

(°) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata o trasmessa a mezzo telefax unitamente a copia fotostatica di documento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n 445)

+++++

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' art.
30 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott.
_____ identificato a mezzo di
_____ n. _____
rilasciato il _____ da _____ scadenza _____
ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)

