

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E  
CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

marca da bollo  
di € 16,00

ALL' ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E  
DEGLI ODONTOIATRI  
DI FROSINONE

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

**NOME** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI CODESTO ORDINE** e all'uopo, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del d.p.r. 28 dicembre 2000, n. 445

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

Codice fiscale \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;

di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;

pec \_\_\_\_\_;

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il giorno \_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi

di: \_\_\_\_\_ (indica esatta denominazione) con voto \_\_\_\_\_;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione (nel caso di abilitazione conseguita all'estero, indicare la data del riconoscimento da parte del Ministero della Salute italiano, contenuto nel decreto):

\_\_\_\_\_, presso l'Università degli Studi di (nel caso di rilascio da parte del Ministero della Salute, indicare "Ministero della Salute");

\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

- di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a 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 per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziale ad uso amministrativo – art. 39 D.P.R. 313/2002 – D. Dirig. Min. Giustizia 11/02/2004;

**OPPURE**

- di **AVER** riportato condanne penali; (nel caso di condanne 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 patteggiamento):

- 
- 
- 
- 
- di **godere dei diritti civili.**
  - di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare.
  - di essere in possesso, ai sensi della Legge n.76/2021, di Certificazione Verde di avvenuta vaccinazione da Covid – 19, che consegnerò all'ufficiale addetto insieme alla presente domanda. "Tale certificazione deve essere prodotta in originale atteso che non può essere oggetto di autocertificazione trattandosi di stato di salute.". Com. 212/2021 FNOMCeO.

**Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:**

- di **NON** essere mai stato iscritto/a negli Albi professionali di altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale o europeo (diversamente indicare dove e quando ed i motivi della cancellazione):  
\_\_\_\_\_
- di **NON** essere impiegato/a in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di **NON** essere stato cancellato/a da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità, né di essere stato/a radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo;
- di **NON** aver 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 **impegnarsi** a portare di persona 3 foto formato tessera o a trasmettere una foto tessera con le seguenti dimensioni 200x300 pixel, peso massimo di 6 Mb.

Il/La sottoscritto/a, è al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 ed è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine. Tali dati, eccetto le residenze, i numeri telefonici e gli indirizzi e-mail, verranno inseriti sul sito Internet dell'Ordine, in quello della FNOMCeO, in quello del Ministero della Salute e sugli Elenchi delle pec dei professionisti italiani (INI, REGINDE, ...).

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A 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 DPR 445/2000), DICHIARA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.**

Allego documento di identità.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

## **ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi della legge 445/2000 che il Dr./dott.ssa \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA.....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....