



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

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE
LAUREA ABILITANTE ART. 102 DL 17/03/2020, n.18 (GU n.70 del 17/03/2020)**

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

Il/La sottoscritto/a _____,

DICHIARA di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n. 18 del 17/3/2020, e

CHIEDE

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

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

Di chiamarsi: Nome _____

Cognome _____

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;

Codice fiscale _____;

di essere residente a _____ prov. _____;

in via _____ N° _____;

Tel. _____ cell. _____ e-mail _____;

posta elettronica certificata (pec) _____;

di essere cittadino/a _____;

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____, presso l'Università

degli studi di _____ 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 e per cui è prevista la menzione nel certificato giudiziario ad uso amministrativo;

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

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):



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

- di godere dei diritti civili;
- di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare.

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 regolarizzare la propria posizione amministrativa, per quanto concerne **tassa governativa, bollo, quota iscrizione**, entro 15 giorni dal termine del periodo emergenziale, come definito dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 26 del 01/02/2020;

- di **impegnarsi a spedire o portare di persona 3 foto formato tessera entro 60 giorni dalla fine dell'emergenza.**

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 _____

SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA

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

.....