

DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE DI SANITARI PROVENIENTI DA ALTRO ORDINE

- ➡ a) DOMANDA (apporre marca da bollo da €14.62)

La firma deve essere apposta personalmente dal Medico presso i nostri Uffici di Segreteria in presenza del dipendente addetto al ricevimento della domanda ovvero sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore ai sensi dell'art. 38 del T.U. DPR 28/12/2000 n. 445.

- b) CERTIFICATO DI RESIDENZA in bollo

Questo requisito può essere autocertificato ai sensi dell'art. 46 del T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, in alternativa si può esibire la carta d'identità in corso di validità ove è riportato detto dato ai sensi dell'art. 45 del T.U. (DPR 28/12/2000 n. 445).

Se la residenza è fuori dalla provincia di Catania è necessario attestare lo svolgimento dell'attività professionale nella provincia di competenza dell'Ordine.

- ➡ c) FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

- ➡ d) N. 2 FOTOGRAFIA formato tessera

- ➡ e) €15.00 per tassa di iscrizione e €10.00 per tesserino (totale €25.00)

- ➡ f) FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (CARTA D'IDENTITA' – PATENTE AUTO RILASCIATA DAL PREFETTO – PASSAPORTO)

N.B. Il Sanitario può essere iscritto all'Albo di Catania se è residente o svolge la sua attività professionale nella provincia di competenza dell'Ordine.

I cittadini extracomunitari devono presentare fotocopia del permesso di soggiorno.

I Sanitari che hanno la doppia iscrizione devono presentare doppia documentazione.

Sulla domanda si prega di segnalare l'iscrizione nell'elenco degli psicoterapeuti.

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CATANIA**

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 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 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____, CAP _____
in via _____, Tel _____;
- di essere domiciliato nel Comune di _____ prov. _____, CAP _____
in via _____. Tel _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____, presso _____
_____ Tel. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____
presso l'Università degli Studi di _____, con voti _____;
- 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 _____ ed in precedenza all'Ordine dei medici 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;**
- **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

DATA

FIRMA

.....

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI CATANIA

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 _____
ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....