

**DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE
ALL'ALBO DI CITTADINI EXTRACOMUNITARI**

- ➡ 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 GENERALE DEL CASELLARIO GIUDIZIALE

- c) CERTIFICATO CONTESTUALE NASCITA-RESIDENZA-CITTADINANZA (in bollo)

Si può esibire un documento di identità in corso di validità ove sono riportati detti dati ai sensi dell'art. 45 del T.U. DPR 28/12/2000 n.445

- d) CERTIFICATO DI LAUREA in bollo

- e) CERTIFICATO DI ABILITAZIONE ALL'ESERCIZIO PROFESSIONALE in bollo

- ➡ f) FOTOCOPIA AUTENTICATA DEL PERMESSO DI SOGGIORNO

Il permesso di soggiorno può essere autenticato direttamente dal dipendente addetto al ricevimento della domanda, necessita quindi l'originale del permesso.

- ➡ g) FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE

- ➡ h) N. 2 FOTOGRAFIE formato tessera

- ➡ i) RICEVUTA DEL VERSAMENTO POSTALE DI €168.00 SUL C/C 8904 – AGENZIA DELLE ENTRATE – UFFICIO DI ROMA 2 – TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE - SICILIA

- ➡ j) RICEVUTA DEL VERSAMENTO POSTALE DI €115.00 SUL C/C 65135881 - ORDINE DEI MEDICI DI CATANIA

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

N.B. il modulo di domanda e' predisposto per l'autocertificazione, pertanto il possesso dei requisiti di cui alla lettera b c d ed e può essere ivi attestato.

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

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi della legge 286/98 e del DPR 394/99.

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 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno;
- di essere residente a _____ prov. _____, CAP. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere domiciliato a _____ prov. _____; C.A.P. _____;
- in via _____, Tel _____;
- e.mail _____, Cellulare _____;
- di voler ricevere la corrispondenza: ? presso la residenza ? presso il domicilio;
- di essere cittadino/a _____;
- 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 _____;

Barrare la voce che interessa

{	<input type="checkbox"/> di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea; <input type="checkbox"/> di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
---	---

- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- ? di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- ? 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.

FIRMA

Data

.....

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

.....