

**DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE
ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

⇒ 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 DEL CODICE FISCALE

⇒ g) N. 2 FOTOGRAFIE formato tessera

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

⇒ i) RICEVUTA DEL VERSAMENTO POSTALE DI €115.00 SUL C/C **65135881** – ORDINE DEI MEDICI DI CATANIA

⇒ j) 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 alle lettere b c d ed e può essere ivi attestato.

ASSICURARSI DI AVER EFFETTUATO IL VERSAMENTO POST-ABILITAZIONE PRIMA DI PRESENTARE LA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE.

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

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

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

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

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____; C.A.P. _____;
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 odontoiatria e p.d. 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 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 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.

Il/la sottoscritto/a, 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 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.

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

.....