

ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI
MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233)
Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA
Tel. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 14,62

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_ DOTT_.....
NAT_ A (PROV) IL
CITTADINO RESIDENTE IN (PROV.....)
C.A.P. VIA
TEL. CELL. e-mail
CODICE FISCALE.....

CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 9, LETTERA e) D.L.C.P.S. n. 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA LEGGE n. 362/91, DI OTTENERE **L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ROMA

ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI []

ALBO DEGLI ODONTOIATRI []

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 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 D.P.R. 445/2000), DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

MEDICINA E CHIRURGIA (*)

DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN

[] **ODONTOIATRIA**

IL CON VOTI PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI..... DI AVER CONSEGUITO L'ABILITAZIONE NELLA SESSIONE DI CON VOTI PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI.....

(*) ANNO ACCADEMICO di **IMMATRICOLAZIONE**

A TAL FINE DICHIARA DI:

ESSERE TUTT' ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI.....

NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DAL CON NUMERO DI POSIZIONE

NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL CON NUMERO DI POSIZIONE

➤ DI **AVVER VARIATO LA PROPRIA RESIDENZA** dal Comune di
(prov.....) Via n. c.a.p.

➤ DI **ESERCITARE LA PROPRIA ATTIVITÀ** professionale nel Comune di (prov.)
Via n. cap (Azienda USL) quale medico:

A) di **MEDICINA GENERALE-ASSISTENZA PRIMARIA**

B) **LIBERO PROFESSIONISTA** (N. partita IVA

C) **PEDIATRA DI LIBERA SCELTA**

D) **SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO**

OPPURE

DI **ESERCITARE ATTIVITÀ CONVENZIONATA** presso il presidio di

(Azienda USL.) Via n. cap per la :

E) SPECIALISTICA AMBULATORIALE

F) MEDICINA GENERALE:

f1) MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI

f2) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

f3) EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

OPPURE

DI **ESERCITARE LA PROFESSIONE** quale **DIPENDENTE** presso la seguente Amministrazione o Struttura:

..... in Via n cap

DI **ESERCITARE LA PROFESSIONE** con **RAPPORTO DI COLLABORAZIONE** presso la seguente struttura privata (convenzionata e non)

Sede in
Via n. cap

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA:

presso la residenza

presso la sede dell'attività professionale (domicilio)

DICHIARA INOLTRE DI:

DI **NON AVER RIPOSTATO CONDANNE PENALI** E DI **NON ESSERE DESTINATARIO** 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 RIPOSTATO CONDANNE PENALI CHE NON SONO SOGGETTE** A ISCRIZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;

DI **AVERE RIPOSTATO CONDANNE PENALI**;

(NEL CASO DI CONDANNE PENALI 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 **NON ESSERE STATO CANCELLATO** DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ NÉ DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE;

DI **NON ESSERE IMPIEGATO** IN UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IL CUI ORDINAMENTO VIETI L'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE;

CHE IL PROPRIO RAPPORTO DI LAVORO È A TEMPO PARZIALE CON ORARIO NON SUPERIORE ALLA METÀ DI QUELLO ORDINARIO;

DI IMPEGNARSI A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, NEI MODI DOVUTI, QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI;

DI **NON ESSERE SOTTOPOSTO** A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI;

DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI PRESSO L'ORDINE DI. ;

DI **ESSERE oppure** DI **NON ESSERE** in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine (TRIBUTO 540)

- [] DI ESSERE oppure [] DI NON ESSERE in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Enpam (TRIBUTO 539); Nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà ovviamente dichiarare di essere in regola con il pagamento del Tributo 539
- [] Il cittadino extracomunitario dovrà rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva relativa alla validità del permesso di soggiorno allegandone relativa fotocopia.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE:

I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E-MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.

Data _____ Firma _____

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del

Sig./Sig.^{ra} _____
(Timbro e firma del funzionario)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO

FOTO

[Timbro Ordine]

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. _____

nato a _____ il _____

e residente a _____ in Via _____

_____ identificato con documento _____

N. _____ rilasciato il _____

dal _____

Data _____ Timbro e Firma del Funzionario _____

Ricevuta contabile n. del

ALLEGATI:

- N. 1 FOTOGRAFIA, identica a quella utilizzata per l'identificazione, da utilizzare per predisporre il badge
- Fotocopia DOCUMENTO di IDENTITÀ valido
- Fotocopia CODICE FISCALE
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIO corredata dalla fotocopia del PERMESSO DI SOGGIORNO prodotto in originale (qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.)

Altri atti consegnati, rilevazioni note.

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:**PRESENTARE**

- a) **N. 2 FOTOGRAFIE** (UGUALI TRA LORO), A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE MAGNETICO (BADGE) - Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993 - (**)
- b) **CODICE FISCALE** IN ORIGINALE
- c) **DOCUMENTO D'IDENTITA'** VALIDO (*preferibilmente CARTA D'IDENTITA'*)
- d) **MARCA da BOLLO** del VALORE indicato sulla prima pagina del modello
- e) **PERMESSO di SOGGIORNO** in ORIGINALE (*qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.*)

CORRISPONDERE

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
- LA QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 126,48

La somma TOTALE relativa all'anno in corso (pari ad € 129,03) dovrà essere versata al momento della presentazione della domanda in contanti o utilizzando il servizio bancomat oppure a mezzo assegno circolare non trasferibile intestato all'Ordine. Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà al sanitario la quota versata. Per gli anni successivi il tributo annuale verrà esatto a mezzo bollettino MAV (*Pagamento Mediante Avviso*).

Il sanitario iscritto in entrambi gli Albi dovrà versare la quota annuale dovuta alla F.N.O.M.C.e O. (€ 23,52) una sola volta.

N.B.: - QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODELLO
- SI RAMMENTA CHE LA DOMANDA D'ISCRIZIONE DOVRA' ESSERE FIRMATA ALLA PRESENZA DEL FUNZIONARIO

(*) L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI È CONSENTITA A SEGUITO DI QUANTO SANCITO:

- DALL' ART. 4 D.Lgs 08.07.2003, n. 277 CIRCA LE MODIFICHE ALLA LEGGE 24.07.1985, N. 409 - art. 20 RELATIVA ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA:
 - AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI DOPO IL 28.01.1980 ED ENTRO IL 31.12.1984 CHE HANNO SUPERATO LA PROVA ATTITUDINALE DI CUI AL D.Lgs. 13.10.1998, N. 386;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ NEGLI ANNI ACCADEMICI COMPRESI TRA L' A.A. 1980-81 E L' A. A. 1984-85 SPECIALISTI IN: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOGNATODONZIA.
- DALL'ART. 37 ULTIMO COMMA DELLA DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI SUCCESSIVAMENTE AL 31/12/1984 SPECIALISTI IN UNA DELLE BRANCHE SOPRA INDICATE, PURCHÉ ABBIANO INIZIATO ENTRO IL 31.12.1994 IL TRIENNIO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE (INDICARE L'ANNO D'IMMATRICOLAZIONE).

(**) Pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 13 - parte prima - del 10/5/93
"Istituzione di un tesserino per i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri"

- Art. 1 - 1.** Al fine di tutelare il cittadino e di reprimere il fenomeno dell'abusivismo è istituito il tesserino personale di identificazione per i sanitari obbligatoriamente iscritti nei relativi albi professionali.
- Art. 2 - 1.** Il Medico-Chirurgo e l'Odontoiatra che esercitano la propria attività professionale presso studi, ambulatori o strutture sanitarie organizzate, debbono esporre, in maniera visibile, il tesserino di identificazione di cui all'art. 1.
- Art. 3 - 1.** Il tesserino personale di identificazione viene predisposto e rilasciato dagli Ordini Provinciali dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di appartenenza. Il tesserino deve essere munito di una foto recente del titolare e deve, inoltre, riportare le relative generalità, nonché il numero relativo all'iscrizione all'Albo professionale di appartenenza ed ogni altra indicazione che renda facilmente accertabile la legittimazione all'esercizio della professione sanitaria.
2. Compete all'Ordine provinciale sovrintendere al corretto uso del predetto tesserino.