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._ .....

NATO A…….....……... (PROV ……) IL ……..…

CITTADINO ……. RESIDENTE IN …… ……..….. (PROV…....)

C.A.P. ……... VIA …….…….. ……..… N. ……..

TEL. ..……. CELL. ……...…… e-mail ……..……

CODICE FISCALE …….…….

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI CODESTO ORDINE.

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:

DI AVER CONSEGUITO LA **LAUREA IN** [ ] **MEDICINA E CHIRURGIA (*)**
[ ] **ODONTOIATRIA**

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

[ ] DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI;

[ ] DI **NON ESSERE** INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE;

_L_ SOTTOSCRITT_ , ALTRESÌ, DICHIARA DI **NON** ESSERE **MAI STATO** ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL TERRITORIO NAZIONALE (DIVERSAMENTE INDICARE DOVE E QUANDO).....

[ ] 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 **NON** AVER PRESENTATO RICORSO ALLA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE 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.

IL SOTTOSCRITTO È 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 AL FUNZIONARIO ADDETTO

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

Sig./Sig.ra _____

(Timbro e firma del funzionario)

MODELLO NON STAMPABILE

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:

- Attestazione di VERSAMENTO della tassa sulle concessioni governative (€ 168,00) ☐
- 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 per la RIDUZIONE del 50% della TASSA ANNUALE dovuta all'ORDINE ☐

Altri atti consegnati, rilevazioni, note:

……..

……..

……..

MODELLO NON STAMPABILE

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:

PRESENTARE

a) **ATTESTATO DI VERSAMENTO** DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE - CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD. TARIFFA: 8617;
b) **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 - (**)
c) **CODICE FISCALE** IN ORIGINALE
d) **DOCUMENTO D'IDENTITA'** VALIDO *(preferibilmente CARTA D'IDENTITA')*
e) **MARCA da BOLLO** del VALORE indicato sulla prima pagina del modello

CORRISPONDERE

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
- LA QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 150,00 *(€ 126,48 per l'Ordine* e € 23,52 per la F.N.O.M.C.eO.)*

La somma TOTALE relativa all'anno in corso (pari ad **€ 152,55**) **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.

* In relazione alla Delibera adottata dall'Assemblea degli Iscritti il 18.05.2008, i neolaureati con reddito personale inferiore all'importo della borsa di studio per specializzazione *(attualmente € 26.000,00 annui lordi - Decreto Presidente Consiglio dei Ministri 07.03.2007)* potranno chiedere la riduzione del 50% della tassa annuale dovuta all'Ordine, per i primi tre anni di laurea a partire dal 2009, secondo i seguenti principi:
- in sede d'iscrizione presso l'Ordine qualora il sanitario ne faccia richiesta rilasciando un'apposita dichiarazione sostitutiva di atto notorio;
- nei primi due anni successivi a quelli di prima iscrizione, con richiesta autocertificata da inoltrare entro la fine dell'anno precedente a quello per cui si chiede la riduzione *(es.: entro 2010 per 2011)*, gli interessati dovranno chiedere espressamente l'applicazione del beneficio della riduzione. Il richiedente dovrà indicare il proprio reddito personale, derivante sia da lavoro che da altre fonti di reddito *(es.: fabbricati, ecc)*.

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, PURCHE' ABBIANO INIZIATO ENTRO IL 31.12.1994 IL TRIENNIO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE (INDICARE L'ANNO DI 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 esercitino 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.

MODELLO NON STAMPABILE