

**DOMANDA DI ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DELLE  
SOCIETA' TRA PROFESSIONISTI**

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**  
(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ .....  
NATO A ..... (PROV .....) IL .....  
CITTADINO ..... RESIDENTE IN ..... (PROV.....)  
C.A.P. .... VIA ..... N. ....  
IN QUALITA' DI ..... DELLA .....  
CON SEDE IN ..... VIA ..... TEL. ....  
E-MAIL/PEC ..... CODICE FISCALE .....  
ISCRITTA NEL REGISTRO DELLE IMPRESE DI ..... AL N. ....

**CHIEDE A CODESTO CONSIGLIO DIRETTIVO**

*ai sensi degli Articoli 8 e 9 del D.M. 8 Febbraio 2013, n. 34*

**L'ISCRIZIONE NELLA SEZIONE SPECIALE DELL'ALBO DI QUESTO ORDINE**

ALLEGA ALLA PRESENTE LA DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA COME DA ELENCO SOTTO RIPORTATO:

- atto costitutivo e statuto della società in copia o, nel caso di società semplice, dichiarazione autentica del socio professionista, cui spetti l'amministrazione della società;
- elenco nominativo:
  - dei soci che hanno la rappresentanza;
  - dei soci iscritti all'Albo;
  - degli altri soci con indicazione, in caso di altri professionisti, dell'Albo di appartenenza;
- certificato di iscrizione all'Albo dei soci iscritti in altri Ordini o Collegi;
- certificato di iscrizione nella sezione speciale del registro delle imprese;
- dichiarazioni sostitutive rese ai sensi art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000
- 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;
- marca da bollo del valore indicato sulla prima pagina del modello;

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link: [INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

**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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_ RICEVUTA N. ° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

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

**PRESENTARE / ALLEGARE**

- a) **ATTESTAZIONE 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) **MARCA da BOLLO** del VALORE INDICATO sulla prima pagina del MODULO

**CORRISPONDERE**

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
  - LA QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 180,00 (*€ 156,48 per l'Ordine e € 23,52 per la F.N.O.M.C.eO.*)
- La somma **TOTALE** relativa all'anno in corso (pari ad € 182,55) **DOVRÀ ESSERE VERSATA** utilizzando il servizio **BANCOMAT**, o tramite **BONIFICO BANCARIO** intestato a Ordine Provinciale dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri  
BANCA POPOLARE DEL LAZIO – VIA PO 164 – ROMA  
IBAN: IT49I0510439499CC0430000445

Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà la quota versata. Per gli anni successivi il tributo annuale verrà esatto a mezzo Avviso PagoPA.

.....

**MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO**

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: [protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata** del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: [info@ordinemedicioroma.it](mailto:info@ordinemedicioroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata** del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata** del DOCUMENTO D'IDENTITÀ - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.