

APPLICARE
MARCA DA BOLLO
€ 16,00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

L SOTTOSCRITT_ DOTT._ _____
 NAT_ A _____ (PROV _____) IL _____
 CITTADIN_ _____ RESIDENTE IN (*) _____ (PROV. _____)
 C.A.P. _____ VIA _____ N. _____
 TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____
 PEC _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE A CODESTO ORDINE
l'ISCRIZIONE

all'ALBO dei **MEDICI-CHIRURGHI**

all'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), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

DICHIARA

- DI AVER CONSEGUITO LA **LAUREA** IN **MEDICINA E CHIRURGIA**
 ODONTOIATRIA

IN DATA _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

CON VOTO _____ /110 _____ ANNO DI IMMATRICOLAZIONE _____

- DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE** ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE NELLA SESSIONE DI _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____ CON VOTO _____

OPPURE

- DI AVER CONSEGUITO IL **TIROCINIO ABILITANTE** ALL'ESERCIZIO PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO AI SENSI DELL'ART. 102, DEL DECRETO LEGGE N. 18 DEL 17 MARZO 2020 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

-
- DI AVER ACQUISITO IL GIUDIZIO DI IDONEITÀ DI CUI ALL'ARTICOLO 3 DEL DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA 9 MAGGIO 2018, N. 58
 - DI AVER CONSEGUITO LA VALUTAZIONE PRESCRITTA DALL'ARTICOLO 2 DEL DECRETO DEL MINISTRO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA N. 445 DEL 2001

(*) DA COMPILARE QUALORA LA RESIDENZA NON FOSSE UBICATA NELLA PROVINCIA DI ROMA:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

- CHE, OTTENUTA L'ISCRIZIONE, ESERCITERÀ LA PROPRIA **PROFESSIONE** IN _____
 VIA _____ N. _____ C.A.P. _____
 OPPURE
- DI ESSERE **DOMICILIATO** (ART. 43 C.C.) IN _____
 VIA _____ N. _____ C.A.P. _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

- RESIDENZA
- SEDE DELL'ATT. LAVORATIVA
- DOMICILIO (ART. 43 C.C.)

DICHIARA INOLTRE:

- DI **ESSERE** IN **REGOLA** CON IL **PERMESSO DI SOGGIORNO** (per Cittadini Extracomunitari);
- DI **NON AVER RIPORTATO** 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 RIPORTATO** CONDANNE PENALI CHE NON SONO SOGGETTE A ISCRIZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIALE;
- DI **AVERE** RIPORTATO 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;

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 **ESSERE** ISCRITTO ALL'ALBO MED ODO Pos. N. _____ DI QUESTO ORDINE (solo x Iscrizione al 2° Albo)
- 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.

RISERVATO A COLORO CHE SONO IN POSSESSO DEL DECRETO DEL MINISTERO DELLA SALUTE, RELATIVO AL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO PROFESSIONALE:

- IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE ANCOR PRIMA DI PROCEDERE ALL'ISCRIZIONE, L'ORDINE (AI SENSI DELL'ART. 50 – COMMA 4 – DEL D.P.R. N. 394 DEL 31.08.1999), DOVRÀ ACCERTARE LA **CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA** E DELLE SPECIFICHE DISPOSIZIONI CHE REGOLANO L'ESERCIZIO PROFESSIONALE IN ITALIA, COME ESPRESSAMENTE INDICATO NEL DECRETO DEL **MINISTERO DELLA SALUTE**, RELATIVO AL RICONOSCIMENTO DEL TITOLO PROFESSIONALE.

CHIEDE INOLTRE:

- IN APPLICAZIONE DI QUANTO STABILITO CON DELIBERA ADOTTATA IL 18.05.2008 DALL'ASSEMBLEA DEGLI ISCRITTI (***) , IL **PAGAMENTO RIDOTTO DEL 50%** DELLA **TASSA ANNUALE** DOVUTA ALL'**ORDINE** PER L'ANNO IN CORSO, **DICHIARANDO, SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ** (Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28/12/2000) CHE:
IL PROPRIO **REDDITO** PER L'ANNO _____ E' STATO **INFERIORE A € 26.105,00 LORDI**
- 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.^{ra} _____

(Timbro e firma del funzionario)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

SI ATTESTA LA CORRISPONDENZA DELLA FOTOGRAFIA SOPRA APPOSTA CON LE SEMBIANZE DEL/DELLA

Dott./Dott.^{ssa} _____

nato/a a _____ il _____

identificato/a con documento _____

N. _____ rilasciato il _____

dal _____

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
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA
- DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIO corredata dalla fotocopia del PERMESSO DI SOGGIORNO prodotto in originale (*per Cittadini Extracomunitari*)
- Fotocopia DECRETO del MINISTERO della SALUTE, relativo al RICONOSCIMENTO del TITOLO PROFESSIONALE (*solo per Titoli conseguiti all'Estero*)

Altri atti consegnati, rilevazioni, note:

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE O INVIO 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) **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) **MARCA da BOLLO** del VALORE INDICATO sulla prima pagina del MODULO
- d) **DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO IN ORIGINALE** (preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ)
- e) **CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA** IN ORIGINALE
- f) **DECRETO** del MINISTERO della SALUTE, relativo al RICONOSCIMENTO del TITOLO PROFESSIONALE (solo per Titoli conseguiti all'Estero)

CORRISPONDERE

Se la Domanda viene presentata allo Sportello:

€ 182,55 - ISCRIZIONE SENZA RIDUZIONE

- TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
 - QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 180,00 (€ 156,48 quota Ordine e € 23,52 quota F.N.O.M.C.eO.)
- oppure

€ 104,31 - ISCRIZIONE CON RIDUZIONE

- TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
 - QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE RIDOTTA DI € 101,76 (€ 78,24 quota Ordine e € 23,52 quota F.N.O.M.C.eO.)
- oppure

€ 92,55 – ISCRIZIONE 2° ALBO

- TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
- QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE 2°ALBO DI € 90,00 (€ 90,00 quota Ordine e € 0,00 quota F.N.O.M.C.eO.)

Se la Domanda viene inviata per Posta o tramite PEC, il pagamento verrà richiesto successivamente tramite Avviso PagoPA

- 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.

(**) 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 IMMATICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980;
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATICOLATI 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 IMMATICOLATI 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 DELL'UNIONE EUROPEA
 - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATICOLATI 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 DI IMMATICOLAZIONE).

(***) 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 € 26.105,00 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, contenuta nel presente Modulo;
- 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 2023 per 2024), 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 MODULO

MODALITÀ' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: 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@ordinemediciroma.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.