

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 _____

CITTADINO _____ REGISTRAT_ PRESSO L'A.I.R.E.

(Anagrafe Cittadini Italiani Residenti all'Esteri) DEL COMUNE DI _____

RESIDENTE IN _____ (PROV. _____) C.A.P. _____

VIA _____ N. _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PEC _____ CODICE FISCALE _____

CHIEDE A CODESTO ORDINE QUALE

CITTADINO ISCRITTO ALL'A.I.R.E.

I'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 SI DESIDERI RICEVERE LA CORRISPONDENZA IN LUOGO DIVERSO DALLA RESIDENZA:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA:

☐ DI **ELEGGERE**, AI SENSI DELL'ART. 47 COD. CIV. IL PROPRIO **DOMICILIO SPECIALE** IN _____ (PROV. _____)

VIA _____ N. _____ C.A.P. _____ PRESSO _L_ SIG. _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

☐ RESIDENZA

☐ DOM. SPECIALE

DICHIARA INOLTRE:

- ☐ 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 **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. 7 – DECRETO LEGISLATIVO 9 NOVEMBRE 2007 N. 206), 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 ☐
- Fotocopia DECRETO del MINISTERO del LAVORO della SALUTE e delle POLITICHE SOCIALI, relativo al RICONOSCIMENTO del TITOLO PROFESSIONALE ☐

Altri atti consegnati, rilevazioni, note:

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

- 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 MODELLO
- d) **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** VALIDO IN ORIGINALE (*preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ*)
- e) **CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA** IN ORIGINALE

CORRISPONDERE

Se la Domanda viene presentata allo Sportello:

- 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.)

TOTALE € 182,55

La somma **TOTALE** relativa all'anno in corso (pari ad € 182,55) dovrà essere versata al momento della presentazione della domanda utilizzando carte di pagamento. 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 **avviso PagoPA**.

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.

- * 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 2020 per 2021*), 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

(**) 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.
- DALLA 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).

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.