

**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-CHIRURGI 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. ^{ra} _____ RICEVUTA N. ° _____ del _____
(Timbro e firma del funzionario)

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRA:

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**) **DOVRA** **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: IT14V0510403209CC0430000445

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 (*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.