



Ente pubblico non economico istituito ai sensi del D.Lgs.C.P.S 13 settembre 1946, n. 233

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 ..... RESIDENTE IN (\*) ..... (PROV.....)  
 C.A.P. .... VIA .....  
 TEL. .... CELL. .... E-MAIL .....  
 PEC ..... CODICE FISCALE.....

CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 9, LETTERA e) D.L.C.P.S. n. 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA LEGGE n. 362/91, DI OTTENERE L'**ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE DEI MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ROMA

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 ONETÀ DICUI 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 ESERCITA LA PROPRIA **PROFESSIONE** IN \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

OPPURE

DI ESSERE **DOMICILIATO** (ART. 43 C.C.) IN \_\_\_\_\_  
 VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

**A TAL FINE DICHIARA DI:**

ESSERE TUTT' ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI.....  
 NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DAL .....CON NUMERO DI POSIZIONE .....  
 NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL ..... CON NUMERO DI POSIZIONE .....

**DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA presso:**

RESIDENZA  SEDE DELL'ATT. PROFESSIONALE  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 STESS 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**;
- 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 **IMPEGNARSI A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, NEI MODI DOVUTI, QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI**;
- DI **NON ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI**;
- DI **ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI PRESSO L'ORDINE DI. . . . .**;
- DI **ESSERE oppure [ ] DI NON ESSERE** in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione dovute all'Ordine di provenienza;
- DI **ESSERE oppure [ ] DI NON ESSERE** in regola con il pagamento della tassa annuale di iscrizione dovuta all'Ordine di provenienza **per l'anno in corso**;
- DI **ESSERE oppure [ ] DI NON ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAM (nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà dichiarare di essere in regola con il pagamento del relativo tributo);
- 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](#)

Il cittadino extracomunitario dovrà rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva relativa alla validità del permesso di soggiorno allegandone relativa fotocopia.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

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

Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

.....

**IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO**



[Timbro Ordine]

Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

identificato con documento \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

rilasciato il \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Funzionario \_\_\_\_\_

Ricevuta contabile n..... del .....

**ALLEGATI:**

- 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 corredata dalla fotocopia del PERMESSO DI SOGGIORNO prodotto in originale (qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.)

Altri atti consegnati, rilevazioni, note.....  
.....

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

- a) **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
- b) **CODICE FISCALE** IN ORIGINALE
- c) **DOCUMENTO D'IDENTITÀ** VALIDO (*preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ*)
- d) **MARCA da BOLLO** del VALORE indicato sulla prima pagina del modulo
- e) **PERMESSO di SOGGIORNO in ORIGINALE** (*qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.*)
- f) **DECRETO** del MINISTERO della SALUTE, relativo al RICONOSCIMENTO del TITOLO PROFESSIONALE (*solo per Titoli conseguiti all'Estero*)

**CORRISPONDERE**

- LA TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55 (solo se la Domanda viene presentata allo Sportello)

N.B.: - QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODULO

\*\*\*\*\*

(\*\*) 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, 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](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@ordinemediciroma.it](mailto: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.