

Domanda di prima iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi
(cittadinanza italiana o ue)

Marca da bollo
€ 16,00

**Al Sig. Presidente dell'Ordine
dei Medici Chirurghi della
Provincia di Oristano**

Cognome _____

Nome _____

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di Oristano e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA:

Luogo di nascita _____ Provincia _____

Data nascita _____ Codice Fiscale _____

Residenza anagrafica: Via/Piazza _____

Comune Provincia _____ Cap _____

Telefono fisso _____ Telefono mobile _____

Email _____

PEC: _____

(se diverso dalla residenza anagrafica) Domicilio speciale eletto:

Via/Piazza _____ Cap _____

Comune _____ Provincia _____

Cittadinanza _____

- di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di _____,
il giorno _____ con votazione _____
- anno di immatricolazione al corso di laurea _____
- ☐ di aver conseguito l'abilitazione o 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;

☐ di avere ☐ di non avere 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 avere ☐ di non avere riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa a conoscenza di essere attualmente sottoposto a procedimenti penali

☐ di godere dei diritti civili

☐ di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione stato iscritto in altro Albo dei Medici Chirurghi in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione Europea (in caso affermativo indicare dove)

☐ di non essere stato cancellato per morosità o irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo dei Medici Chirurghi d'Italia

☐ di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o altro organo giurisdizionale avverso il rigetto della domanda di iscrizione all'Albo

☐ di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti

☐ di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali.

Data _____ Firma _____

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Si allegano:

- Fotocopia documento di riconoscimento
- n° 1 foto formato tessera

Spazio riservato all'Ufficio

Identificato con documento di riconoscimento _____

n. _____ *rilasciato da* _____

in data _____ *con scadenza* _____

e visto firmare.

L'impiegato addetto _____