

MARCA DA
BOLLO

€. 16,00

Ill.mo Signor Presidente

ORDINE MEDICI CHIRURGHI e ODONTOIATRI di P E S C A R A

Il sottoscritto Dott. _____,
(scrivere a stampatello)

in possesso dei titoli e dei requisiti previsti dal DLCPS 233/46, dal DPR 221/50 e s.m.

C H I E D E

l'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI della Provincia di PESCARA

per trasferimento da _____.

A tal fine **DICHIARA**, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28.12.2000 n.445,

- di essere NATO a _____ prov. _____, il _____
CODICE FISCALE _____ CODICE ENPAM _____
- di aver trasferito dal _____ la RESIDENZA a _____ prov. _____
cap _____ in via _____ tel. _____
cellulare _____ e-mail _____
PEC _____
proveniente da _____ via _____ cap _____
- di essere CITTADINO _____
- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università degli Studi
di _____ nella sessione _____ dell'anno _____
- di essere iscritto all'**ALBO** degli **ODONTOIATRI** della Provincia di _____ dal _____
- di aver ottenuto la **PRIMA ISCRIZIONE** all'**ALBO ODONTOIATRI** di _____ dal _____
- di essere / non essere doppio iscritto all'**ALBO dei MEDICI**;
- di essere in regola con il pagamento dei **contributi dovuti all'Ordine di appartenenza** fino al _____
e di impegnarsi comunque a regolarizzare eventuali posizioni pendenti;
- di essere in regola con il pagamento dei **contributi dovuti all'ENPAM** fino all'anno _____ e di
impegnarsi comunque a regolarizzare eventuali posizioni pendenti;
- di non aver / aver procedimenti e/o provvedimenti **disciplinari** in pendenza;
- di non essere / essere a conoscenza di avere **procedimenti penali a carico**.

- di **non aver / aver riportato condanne penali** e di **non essere / 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 aver / aver riportato condanne penali** che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di **non essere / essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione** il cui ordinamento vieti ai dipendenti l'esercizio della libera professione (art. 10 del DLCPS n. 233/1946);
- di **non essere / essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né essere stato radiato** da alcun albo Provinciale;

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di essere in possesso dei seguenti TITOLI PROFESSIONALI:
(Specializzazioni - Docenze - Annotazioni esercizio attività professionale - riportare **Titolo - Luogo - Data**)

“Ai sensi dell’art. 3, commi 3 e 4, del D.P.R. n. 221/1950, sussiste in capo all’iscritto l’obbligo giuridico e deontologico di depositare, non appena conseguiti, i titoli di specializzazione”.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Si impegna, altresì, a comunicare personalmente eventuali variazioni sulle dichiarazioni rese e a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi modifica o perdita dei diritti.

Firma (*) (**)

Data _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO IN CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE art.75 - DPR 445/2000

() Firma da apporre all'atto della consegna.*

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI C.e O. di P E S C A R A

* Ai sensi della vigente normativa, visto il documento presentato dal Sanitario, attesto che il

Dr. _____ ha sottoscritto la presente istanza in mia presenza.

Data _____

d'ordine del
PRESIDENTE
(Dr. ssa Maria Assunta Ceccagnoli)

Estremi documento: _____

() In caso di spedizione a mezzo posta: allegare i documenti richiesti e trascrivere gli estremi del documento valido di riconoscimento allegando fotocopia dello stesso**

documento rilasciato da _____ in data _____ n° _____

NOTE INFORMATIVE PER GLI ISCRITTI

Unitamente alla domanda di iscrizione in bollo e al documento valido d'identità allegare:

- UNA FOTO TESSERA AUTENTICATA - (autentica: presso la segreteria o nei modi di legge in caso di mancata presentazione della domanda direttamente dall'interessato)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICATI ED ATTI DI NOTORIETA'

(Artt.46 e 47 DPR 445 del 28.12.2000 – Testo Unico sulla documentazione Amministrativa)

Art. 75

(Decadenza dai benefici)

1. Fermo restando quanto previsto dall'art. 76, qualora dal controllo di cui all'art. 71 emerga la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Art. 76

(Norme Penali)

1. Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi o ne fa uso nei casi previsti dal presente testo unico è punito dal codice penale delle leggi speciali in materia.
2. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso.
3. Le dichiarazioni sostitutive rese ai sensi degli articoli 46 e 47 e le dichiarazioni rese per conto delle persone indicate nell'articolo 4, comma 2, sono considerate come fatte a pubblico ufficiale.
4. Se i reati indicati nei commi 1, 2 e 3 sono commessi per ottenere la nomina ad un pubblico ufficio o l'autorizzazione all'esercizio di una professione o arte, il giudice, nei casi più gravi, può applicare l'interdizione temporanea dai pubblici uffici o dalla professione e arte.

DLCPS N. 233/46 art.10

Art. 10

I sanitari che siano impiegati in una Pubblica Amministrazione ed ai quali, secondo gli ordinamenti loro applicabili, non sia vietato l'esercizio della libera professione, possono essere iscritti all'Albo. Essi sono soggetti alla disciplina dell'Ordine o Collegio, limitatamente all'esercizio della libera professione.

CONTRIBUTI ANNUALI OBBLIGATORI

- **Tassa di iscrizione all'Albo;**
- **Contributo Enpam:** - quota **A** - quota **B** - **Contributo di indennità di Maternità:** (possono usufruire dell'indennità le Professioniste **non coperte da nessun'altra tutela a sostegno della maternità** La domanda deve essere presentata all'Enpam entro 180 gg. dal parto, aborto, ingresso del bambino in famiglia)

SITI WEB UTILI: Ordine Medici C. e O. Pescara: www.omceopescara.it
Federazione Nazionale Ordini Medici C. e O. - Roma: www.fnomceo.it
Ente Nazionale Assistenza e Previdenza Medici - Roma: www.enpam.it
Opera Nazionale Assistenza Orfani Sanitari italiani - Perugia: www.onaosi.it
A.USL Pescara: www.ausl.pe.it
Regione Abruzzo - settore sanità: www.regione.abruzzo.it
Ministero salute: www.ministerosalute.it
Avvisi vari e concorsi: www.gazzettaufficiale.it