

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
di **Prato**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Cognome  Nome

Codice fiscale

### **C H I E D E l'iscrizione a codesto Ordine – ALBO MEDICI CHIRURGHI**

Consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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 essere nato/a a  prov  il

di essere cittadino/a

di essere residente a  prov.

Indirizzo  cap

Email  cellulare

PEC  telefono

#### **di stabilire il proprio DOMICILIO (se diverso dalla residenza)**

nel Comune  Prov.

Indirizzo  cap

#### **di aver conseguito la Laurea in MEDICINA E CHIRURGIA**

presso l'Università di  il

Voto   LODE - Anno di immatricolazione

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 (LAUREA ABILITANTE)\*

#### **di aver superato l'esame di abilitazione**

presso l'Università di  il  voto

Sessione

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 esercitare la professione nella circoscrizione dell'Ordine**

nel Comune di  Prov.

\* selezionare solo le voci interessate

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 applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento)]

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

### ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

Di essere iscritto all'Ordine dei Medici di  dal  al n.

Di non avere procedimenti disciplinari e penali pendenti

Di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Di NON essere in regola con i pagamenti ENPAM, ma di avere avviato un piano di rientro dei tributi insoluti.

### RE-ISCRIZIONE

Di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici di

Dal  al  n.

Motivo della cancellazione:

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 nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

### DICHIARA INOLTRE:

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.

Se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (riservato unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

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 \_\_\_\_\_

SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PRATO  
Il/la sottoscritto/a..... incaricato, ATTESTA ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./  
D.ssa ..... identificato a mezzo .....  
N. .... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

Per l'iscrizione per trasferimento o re-iscrizione all'Albo dei Medici di Prato **è necessario:**

- essere in possesso di almeno uno dei seguenti requisiti: **Residenza / Domicilio / Esercizio della professione - nel territorio della Provincia di Prato**
- **essere in regola con i pagamenti presso l'Ordine di provenienza e l'ENPAM**
- **essere titolari di una casella di Posta Elettronica Certificata**

Le relative dichiarazioni verranno verificate presso gli Enti competenti.