

**ISCRIZIONE DI CITTADINI UE CON TITOLI CONSEGUITI ALL'ESTERO (RICONOSCIUTI CON DECRETO DAL MINISTERO DELLA SALUTE ITALIANO) LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA O IN ODONTOIATRIA CON RESIDENZA O DOMICILIO PROFESSIONALE A VENEZIA O PROVINCIA.**

I titoli di studio conseguiti all'estero devono avere il riconoscimento del Ministero della Salute Italiano. Copia del DECRETO MINISTERIALE di riconoscimento del Titolo di studio dovrà essere presentato all'Ordine all'atto della presentazione della domanda di iscrizione.

**Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Venezia**

Il sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

l'iscrizione a codesto Ordine – ALBO \_\_\_\_\_

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 RESPONSABILITA',

**DICHIARA:**

di essere nato a .....il.....

di essere cittadino .....

di essere RESIDENTE a.....

Via .....C.A.P. ....

Con DOMICILIO / DOMICILIO PROFESSIONALE presso

.....

.....

telefono .....e-mail .....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale .....

di aver conseguito la Laurea in .....

presso l'Università di .....

il .....con voti.....

Esame di Stato superato presso l'Università di .....

nel .....(indicare mese anno sessione)

Abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra in Italia con Decreto Ministeriale

del.....(indicare la data riportata sul decreto)

**DICHIARA INOLTRE :**

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. 444c.p.p.(patteggiamento)

.....

di godere dei diritti civili;

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

Il/la sottoscritto/a , inoltre dichiara di NON essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale del Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando)

.....

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;

di NON essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di NON aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

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 (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

**Il sottoscritto è consapevole che:**

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

**DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA**

data, ..... firma .....

## DOCUMENTI DA ALLEGARE:

1. Copia del Decreto Ministeriale che attesta il riconoscimento del titolo di Medico/Odontoiatra rilasciato dal Ministero della salute italiano. **N.B. Il Sanitario dovrà sostenere presso l'Ordine un colloquio che attesti la padronanza dell'uso della lingua italiana.**
2. Fotocopia del codice fiscale e fotocopia fronte retro del documento di identità (non autenticate).
3. n.1 fotografia formato tessera.
4. Ricevuta di versamento della TASSA di € 168,00 da versarsi a mezzo c/c postale n. 8003. - intestato Agenzia delle Entrate – Centro Operativo di Pescara - Tasse Concessioni Governative – con causale “Altri Atti” cod. 8617.
5. marca da bollo da € 16,00 da applicare sulla domanda di iscrizione all'Albo.
6. Versare € 170,00 - a mezzo avviso PagoPA consegnato dalla segreteria dell'Ordine al momento della presentazione della domanda e avente come causale “quota prima iscrizione”

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'**informativa** resagli ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento:

- (i) tenere ed aggiornare l'Albo dei Medici Chirurghi e l'Albo degli Odontoiatri;
- (ii) vigilare alla conservazione del decoro e della indipendenza dell'Ordine;
- (iii) designare i rappresentanti dell'Ordine presso commissioni, enti ed organizzazioni di carattere provinciale o comunale;
- (iv) promuovere e favorire tutte le iniziative intese a facilitare il progresso culturale degli iscritti;
- (v) dare il proprio concorso alle Autorità locali nello studio e nell'attuazione dei provvedimenti che comunque possono interessare l'Ordine;
- (vi) esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari iscritti negli albi, salvo in ogni caso, le altre disposizioni di ordine disciplinare e punitivo contenute nelle leggi e nei regolamenti in vigore;
- (vii) interporsi, se richiesto, nelle controversie fra sanitario e sanitario, o fra sanitario e persona o enti a favore dei quali il sanitario abbia prestato o presti la propria opera professionale, per ragioni di spese, di onorari e per altre questioni inerenti all'esercizio professionale, procurando la conciliazione della vertenza e, in caso di non riuscito accordo, dando il suo parere sulle controversie stesse.
- (viii) inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

Data ..... Firma per esteso e leggibile .....