

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PISA

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa

CHIEDE

di essere iscritto/a all'**Albo degli Odontoiatri di Pisa** ed in proposito

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445:

1. di essere nato/a a (.....) il
2. di essere di cittadinanza; Codice fiscale:.....;
3. di essere iscritto nel registro dell'anagrafe della popolazione residente nel Comune di in Via/P.zza....., CAP....., telefono....., cell....., e-mail.....; fax.....
DOMICILIO (se diverso dalla residenza): Via/P.zza.....
Comune....., Prov....., CAP..... Tel.....
4. di aver conseguito la Laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria presso l'Università di in data con voto
5. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Odontoiatra presso l'Università di nella sessione con voto
6. di non essere mai stato iscritto/a ad alcun altro Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri in Italia;
7. di non esercitare la professione di farmacista;
8. di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
9. di avere/non avere riportato condanne penali (**cancellare la voce che non interessa**);
10. di godere dei diritti civili;
11. di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie od ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
12. di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati dichiarati;
13. di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della L. 675/96

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Pisa,

Firma

ALLEGATI ALLA DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE

- Ricevuta comprovante il versamento della tassa erariale di € 168,00 da effettuare su C/C postale n.8003 intestato all'Agenzia delle Entrate - Tasse Concessioni Governative Tipo di versamento: Rilascio - Causale: Iscrizione Albo Medici o Albo Odontoiatri.- Codice Tariffa: n.8617.
- N. 1 foto formato tessera.
- N. 1 Marca da Bollo da € 14,62.
- Fotocopia di un documento di identità in corso di validità .
- Fotocopia del Codice Fiscale.
- Ricevuta di € 92,96 come tassa di prima iscrizione, da versarsi con bonifico bancario sul conto corrente Intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Pisa presso Banca MONTE DEI PASCHI DI SIENA (cod. IBAN: IT 05 N 01030 14003 000000312881):
indicando come causale "Prima Iscrizione Albo Medici / Albo Odontoiatri dott. *Nome e Cognome*".