

# DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI -CHIRURGHI

## 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 dei Medici-Chirurghi 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 Medicina e Chirurgia presso l'Università di ..... in data ..... con voto .....
5. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico - Chirurgo 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*".