

Applicare  
MARCA DA BOLLO  
€ 16,00

## ALL'ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VITERBO

(DA COMPLETARE POSSIBILMENTE A MACCHINA O IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ DOTT\_.....  
NAT\_ A ..... (PROV .....) IL ..... CITTADINO  
..... RESIDENTE IN ..... (PROV.....) C.A.P. .... VIA ...  
..... TEL. .... CELL.  
..... e-mail ..... CODICE FISCALE.....

CHIEDE AI SENSI DELL' ART. 9, LETTERA e) D.L.C.P.S. n. 233/46 COSÌ COME MODIFICATO DALLA  
LEGGE n. 362/91, DI OTTENERE **L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO** ALL'ORDINE DEI  
MEDICI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI VITERBO

ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI [ ]

(\*) ALBO DEGLI ODONTOIATRI [ ]

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 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), DICHIARA, SOTTO LA PROPRIA  
RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:**

DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN

**MEDICINA E CHIRURGIA (\*)**

**ODONTOIATRIA**

IL ..... CON VOTI ..... PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI ..... DI AVER CONSEGUITO  
L'ABILITAZIONE NELLA SESSIONE DI ..... CON VOTI ..... PRESSO  
L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI ..... (\*) ANNO  
ACCADEMICO di IMMATRICOLAZIONE ..... A TAL FINE  
DICHIARA DI:  
ESSERE TUTT' ORA ISCRITTO ALL'ORDINE PROVINCIALE DI.....  
NELL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DAL ..... CON NUMERO DI POSIZIONE  
..... NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DAL ..... CON NUMERO DI  
POSIZIONE .....

DI AVER VARIATO LA PROPRIA RESIDENZA dal Comune di .....

(prov.....) Via ..... n. .... c.a.p. ....

DI ESERCITARE LA PROPRIA ATTIVITÀ professionale nel Comune di ..... (prov. ....)

Via ..... n. .... cap ..... (Azienda USL .....) quale

medico:

A) di MEDICINA GENERALE-ASSISTENZA PRIMARIA

C) PEDIATRA DI LIBERASCELTA

B) LIBERO PROFESSIONISTA (N. partita IVA .....

D) SPECIALISTA CONVENZIONATO ESTERNO

**OPPURE**

DI ESERCITARE ATTIVITA' CONVENZIONATA presso il presidio di .....  
(Azienda USL .....) Via ..... n. .... cap ..... per la:

- E) SPECIALISTICA AMBULATORIALE
- F) MEDICINAGENERALE:
  - f1) MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI
  - f2) CONTINUITÀ ASSISTENZIALE
  - f3) EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

**OPPURE**

DI ESERCITARE LA PROFESSIONE quale DIPENDENTE presso la seguente Amministrazione o Struttura:  
..... in ..... Via ..... n .....cap .....

DI ESERCITARE LA PROFESSIONE con RAPPORTO DI COLLABORAZIONE presso la seguente struttura privata  
(convenzionata e non) ..... Sede in ..... Via  
..... n. .... cap .....

**DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA:**

- presso la residenza       presso la sede dell'attività professionale (domicilio)

**DICHIARA INOLTRE DI:**

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 PATTEGGIAMENTO

.....  
.....  
.....  
.....

DI GODERE DEI DIRITTI CIVILI;

DI NON ESSERE INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE; 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 PROVINCIALE; DI NON ESSERE IMPIEGATO IN UNA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE IL CUI ORDINAMENTO VIETI L'ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE; CHE IL PROPRIO RAPPORTO DI LAVORO È A TEMPO PARZIALE CON ORARIO NON SUPERIORE ALLA METÀ DI QUELLO ORDINARIO; DI IMPEGNARSI A SEGNALARE TEMPESTIVAMENTE, NEI MODI DOVUTI, QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI;

DI NON ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI;

[ ] DI ESSERE SOTTOPOSTO A PROCEDIMENTI DISCIPLINARI PENDENTI PRESSO L'ORDINE  
DI.....;

[ ] DI ESSERE oppure [ ] DI NON ESSERE in regola con il pagamento delle tasse annuali di iscrizione  
dovute all'Ordine (TRIBUTO 540);

[ ] DI ESSERE oppure [ ] DI NON ESSERE in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Enpam  
(TRIBUTO 539);

Nel caso in cui il sanitario sia pensionato ENPAM non dovrà ovviamente dichiarare di essere in regola con il  
pagamento del Tributo 539

[ ] Il cittadino extracomunitario dovrà rilasciare apposita dichiarazione sostitutiva relativa alla validità del  
permesso di soggiorno allegandone relativa fotocopia.

IL SOTTOSCRITTO E' 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.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del  
D.P.R. n. 445/2000,  
in presenza del

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ (Timbro e firma del funzionario)

IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



Si attesta la corrispondenza della fotografia sopra apposta con le sembianze del

Dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ identificato con documento \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_

dal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Funzionario \_\_\_\_\_

Ricevuta contabile n..... del .....

ALLEGA TI:

[ ] N. 1 fotografia, identica a quella utilizzata per l'identificazione, da utilizzare per predisporre il badge

[ ] Fotocopia DOCUMENTO di identità valido

[ ] Fotocopia CODICE FISCALE

[ ] DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA di ATTO NOTORIO corredata dalla fotocopia del PERMESSO DI SOGGIORNO prodotto in originale (qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.)

Altri atti consegnati, rilevazioni note. ....

ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:

#### **PRESENTARE**

a) N. 2 FOTOGRAFIE (UGUALI TRA LORO), A COLORI FORMATO TESSERA: PER IDENTIFICAZIONE PERSONALE E PER IL RILASCIO DEL TESSERINO DI IDENTIFICAZIONE MAGNETICO (BADGE) - Legge Regione Lazio n. 23 del 27.04.1993 - (\*\*)

b) CODICE FISCALE IN ORIGINALE c) DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO (preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ) d) MARCA da BOLLO del VALORE indicato sulla prima pagina del modello e) PERMESSO di SOGGIORNO in ORIGINALE (qualora il sanitario non sia cittadino di un Paese dell'U.E.)

#### **CORRISPONDERE**

LA QUOTA DI TRASFERIMENTO DI € 50,00

\*\*\*\*\*

**(\*) L'ISCRIZIONE NELL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI È CONSENTITA A SEGUITO DI QUANTO SANCITO: - DALL' ART. 4 D.Lgs 08.07.2003, n. 277 CIRCA LE MODIFICHE ALLA LEGGE 24.07.1985, N. 409 – art. 20 RELATIVA ALLA PROFESSIONE DI ODONTOIATRA:**

• AI LAUREATI IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA; AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ ANTERIORMENTE AL 28.01.1980; AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI DOPO IL 28.01.1980 ED ENTRO IL 31.12.1984 CHE HANNO SUPERATO LA PROVA ATTITUDINALE DI CUI AL D.Lgs. 13.10.1998, N. 386;

• AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI ALLA RELATIVA FACOLTÀ NEGLI ANNI ACCADEMICI COMPRESI TRA L' A.A. 1980-81 E L' A. A. 1984-85 SPECIALISTI IN: ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA, CHIRURGIA ODONTOSTOMATOLOGICA, ODONTOSTOMATOLOGIA, ORTOGNATODONZIA.

**- DALL'ART. 37 ULTIMO COMMA DELLA DIRETTIVA 2005/36/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO**

• AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI SUCCESSIVAMENTE AL 31/12/1984 SPECIALISTI IN UNA DELLE BRANCHE SOPRA INDICATE, PURCHÉ ABBIANO INIZIATO ENTRO IL 31.12.1994 IL TRIENNIO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE (INDICARE L'ANNO D'IMMATRICOLAZIONE).

\*\*\*\*\*

**(\*\*) Pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n. 13 - parte prima - del 10/5/93 "Istituzione di un tesserino per i Medici-Chirurghi e gli Odontoiatri"**

Art. 1 - 1. Al fine di tutelare il cittadino e di reprimere il fenomeno dell'abusivismo è istituito il tesserino personale di identificazione per i sanitari obbligatoriamente iscritti nei relativi albi professionali.

Art. 2 - 1. Il Medico-Chirurgo e l'Odontoiatra che esercitino la propria attività professionale presso studi, ambulatori o strutture sanitarie organizzate, debbono esporre, in maniera visibile, il tesserino di identificazione di cui all'art. 1.

Art. 3 - 1. Il tesserino personale di identificazione viene predisposto e rilasciato dagli Ordini Provinciali dei Medici-Chirurghi e degli Odontoiatri di appartenenza. Il tesserino deve essere munito di una foto recente del titolare e deve, inoltre, riportare le relative generalità, nonché il numero relativo all'iscrizione all'Albo professionale di appartenenza ed ogni altra indicazione che renda facilmente accertabile la legittimazione all'esercizio della professione sanitaria. Compete all'Ordine provinciale sovrintendere al corretto uso del predetto tesserino.