

- DOCUMENTI NECESSARI PER LA DOPPIA ISCRIZIONE -

(Odontoiatri residenti in Vibo Valentia o Provincia)

- 1. domanda in marca da €14,62 da ricopiare su fac-simile allegato**

La firma deve essere prodotta personalmente dall'interessato presso gli Uffici dell'Ordine

in presenza del funzionario addetto al ricevimento della domanda. La domanda è redatta

ai sensi dell'art.46-47 del T.U. – DPR.28/12/2000 n.445 presentando documento di identità

in corso di validità (carta di identità, passaporto)

- 2. fotocopia del codice fiscale (non autenticata)**
- 3. n.2 fotografie formato tessera di cui una autenticata semplice (presso i nostri Uffici)**
- 4. TASSA di € 150,00 per quota annuale da versare con bonifico con coordinate BANCA CARIME, Agenzia Principale di Vibo Valentia, Conto Corrente Bancario 51007747, CAB 42830, ABI 3067, CIN F, CODICE IBAN. IT12F0306742830000051007747, intestato a Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Vibo Valentia, sulla ricevuta deve risultare il nome del Medico e la dicitura “doppia iscrizione”. La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione.**
- 5. TASSA di €168,00 per TASSE CONCESSIONI GOVERNATIVE di ROMA da versarsi a mezzo c/c postale n. 8003. La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione.**

DOMANDA DI DOPPIA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI VIBO VALENTIA E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

DOPPIA ISCRIZIONE – ALBO ODONTOIATRI

Bollo
da
€14,62

**III.mo Sig. Presidente dell'Ordine
Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Vibo Valentia**

Il/La sottoscritto/a Dott. _____ nato/a a _____
il _____ cittadino/a _____ residente a _____
Via _____ CAP _____ telefono _____
Cellulare _____ e-mail _____
Codice Fiscale _____ laureato/a in Odontoiatria e Protesi Dentaria presso
l'Università di _____ il _____ con voti _____
iscritto al relativo corso di laurea in data anteriore al 20.01.1980, Esame di Stato superato presso
l'Università di _____ con voti _____ nella sessione _____

CHIEDE

l'iscrizione a Codesto Ordine - **ALBO ODONTOIATRI**

DICHIARA

sotto la propria responsabilità ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 68 n. 15 e della Legge 15 maggio 1997 n° 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 Legge 4 gennaio 1968 n. 15):

1. di non essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione ed inoltre dichiara di aver ricevuto informativa ai sensi della Legge 31/12/1996 n. 675
2. di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri
3. di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri
4. di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad alcun altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo
5. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti
6. di essere stato informato sulla modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della Legge 675/96

Vibo Valentia, li _____ Firma _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI
AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

Il sottoscritto Dibilio Rosario, direttore amministrativo, ATTESTA ai sensi della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il
Dott. _____ identificato a mezzo di

_____ ha sottoscritto la presente istanza in sua presenza.

Vibo Valentia, li _____
_____ Rosario Dibilio