



Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S. 13/9/1946 n. 233)

Via G. B. De Rossi, 9 00161 ROMA - Tel. 06/4417121 - email: info@ordinemediciroma.it - pec: protocollo@pec.omceoroma.it

APPLICARE  
MARCA DA BOLLO  
€ 16,00

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

(DA COMPILARE POSSIBILMENTE IN STAMPATELLO IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

\_L\_ SOTTOSCRITT\_ DOTT.\_ \_\_\_\_\_

NAT\_ A \_\_\_\_\_ (PROV \_\_\_\_\_) IL \_\_\_\_\_

CITTADIN\_ \_\_\_\_\_ RESIDENTE IN (°) \_\_\_\_\_ (PROV. \_\_\_\_\_)

C.A.P. \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_

E-MAIL \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A CODESTO ORDINE LA

 **RE-ISCRIZIONE** A SEGUITO DI **CANCELLAZIONE PER MOROSITÀ (\*)** CON SOLUZIONE DI CONTINUITÀ <sup>(1)</sup> SENZA SOLUZIONE DI CONTINUITÀ <sup>(2)</sup>

oppure

 **RE-ISCRIZIONE** A SEGUITO DI **CANCELLAZIONE A RICHIESTA**all'ALBO dei **MEDICI-CHIRURGHI** all'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), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

(°) DA COMPILARE QUALORA LA RESIDENZA NON FOSSE UBICATA NELLA PROVINCIA DI ROMA:

IL SOTTOSCRITTO DICHIARA

 CHE, OTTENUTA L'ISCRIZIONE, ESERCITERÀ LA PROPRIA **PROFESSIONE** IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

OPPURE

 DI ESSERE **DOMICILIATO** (ART. 43 C.C.) IN \_\_\_\_\_

VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

DESIDERA RICEVERE LA **CORRISPONDENZA** PRESSO: RESIDENZA  SEDE DELL'ATT. LAVORATIVA  DOMICILIO (ART. 43 C.C.)  DOM. SPECIALE (Mod. All.to)

## DICHIARA

- DI AVER CONSEGUITO LA LAUREA IN 
 **MEDICINA E CHIRURGIA (\*\*)**  
 **ODONTOIATRIA**

IN DATA \_\_\_\_\_ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI \_\_\_\_\_

CON VOTO \_\_\_\_\_ /110 \_\_\_\_\_ ANNO DI IMMATRICOLAZIONE \_\_\_\_\_

- DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE** ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE NELLA SESSIONE DI \_\_\_\_\_ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI \_\_\_\_\_ CON VOTO \_\_\_\_\_

## 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 PATTEGGIAMENTO):*

- DI **GODERE** DEI DIRITTI CIVILI
- DI **NON ESSERE** INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE

L\_ SOTTOSCRITT\_ , ALTRESÌ, DICHIARA DI **NON ESSERE MAI STATO** ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DEL TERRITORIO NAZIONALE (DIVERSAMENTE INDICARE DOVE E QUANDO) \_\_\_\_\_

- DI **NON ESSERE** STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI 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 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, MODIFICA O PERDITA DI DIRITTI

**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.eO.

*Data* \_\_\_\_\_

*Firma* \_\_\_\_\_

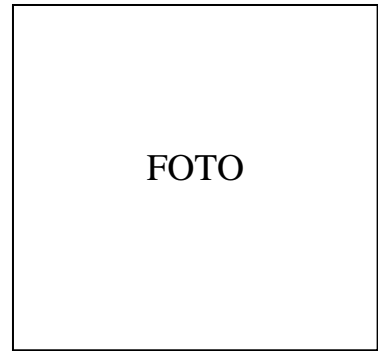
\*\*\*\*\*

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

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

\*\*\*\*\*

## IDENTIFICAZIONE DELLA FOTO



[Timbro Ordine]

SI ATTESTA LA CORRISPONDENZA DELLA FOTOGRAFIA SOPRA APPOSTA CON LE SEMBIANZE DEL/DELLA

Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 identificato/a con documento \_\_\_\_\_  
 N. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_

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

Ricevuta contabile n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

**ALLEGATI:**

- ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE (€ 168,00)
- N. 1 FOTOGRAFIA, IDENTICA A QUELLA UTILIZZATA PER L'IDENTIFICAZIONE
- FOTOCOPIA DOCUMENTO DI IDENTITÀ VALIDO
- FOTOCOPIA CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA
- MODELLO DICH. SOST. DI ATTO NOTORIO PER L'ELEZIONE DI DOMICILIO SPECIALE (ART. 47 COD. CIV.)

Altri atti consegnati, rilevazioni, note:

---



---



---

**ALL'ATTO DELLA PRESENTAZIONE DELLA DOMANDA SI DOVRÀ:****PRESENTARE**

- a) **ATTESTAZIONE DI VERSAMENTO DELLA TASSA SULLE CONCESSIONI GOVERNATIVE DI € 168,00, DA PAGARSI A MEZZO C/C POSTALE N. 8003, INTESTATO ALL'AGENZIA DELLE ENTRATE – CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD. TARIFFA: 8617**
- b) **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 (\*\*\*\*)**
- c) **MARCA da BOLLO del VALORE INDICATO sulla prima pagina del MODELLO**
- d) **DOCUMENTO D'IDENTITÀ VALIDO IN ORIGINALE (preferibilmente CARTA D'IDENTITÀ)**
- e) **CODICE FISCALE O TESSERA SANITARIA IN ORIGINALE**

**CORRISPONDERE****€ 152,55**

- TASSA DI ISCRIZIONE DI € 2,55
- QUOTA DI ISCRIZIONE ANNUALE DI € 150,00 (€ 126,48 quota Ordine e € 23,52 quota F.N.O.M.C.eO.)

La somma **TOTALE** relativa all'anno in corso (pari a € 152,55) **doavrà essere versata al momento della presentazione della domanda in contanti** o utilizzando **carte di pagamento**. Nel caso in cui l'iscrizione non venga perfezionata, per qualsiasi motivo, l'Ordine rimborserà al sanitario la quota versata. Per gli anni successivi il tributo annuale verrà esatto a mezzo **Sistema di Riscossione pagoPA**.

Il sanitario iscritto in entrambi gli Albi dovrà versare la quota annuale dovuta alla F.N.O.M.C.e O. (€ 23,52) una sola volta.

\*\*\*\*\*

- (\*)
- (1) La **Reiscrizione Con Soluzione di Continuità**, comporta l'acquisizione di un **Nuovo numero** di Iscrizione nell'Albo e il **saldo** delle quote iscrittive dovute all'Ordine e/o all'E.N.P.A.M., **fino alla data di Cancellazione per Morosità**.
  - (2) La **Reiscrizione Senza Soluzione di Continuità**, comporta il mantenimento del **Precedente numero** di Iscrizione nell'Albo e il **saldo** delle quote iscrittive dovute all'Ordine e/o all'E.N.P.A.M., **fino all'Anno in Corso**

\*\*\*\*\*

- (\*\*) **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 DELL'UNIONE EUROPEA**
    - AI LAUREATI IN MEDICINA E CHIRURGIA IMMATRICOLATI SUCCESSIVAMENTE AL 31/12/1984 SPECIALISTI IN UNA DELLE BRANCHE SOPRA INDICATE, PURCHE' ABBIANO INIZIATO ENTRO IL 31.12.1994 IL TRIENNIO DEL CORSO DI SPECIALIZZAZIONE (INDICARE L'ANNO DI 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 esercitano 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.*
2. *Compete all'Ordine provinciale sovrintendere al corretto uso del predetto tesserino.*

\*\*\*\*\*

N.B.: - QUANTO INDICATO, COMPRESI GLI IMPORTI, È VIGENTE FINO ALLA SOSTITUZIONE DELL'ATTUALE MODELLO.  
- SI RAMMENTA CHE LA DOMANDA D'ISCRIZIONE DOVRÀ ESSERE FIRMATA ALLA PRESENZA DEL FUNZIONARIO.