

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
LAUREA ABILITANTE ART. 102 DECRETO-LEGGE 17.3.2020, n.18 (GU n.70 del 17.3.2020).**

Da trasmettere a mezzo PEC a segreteria.nu@pec.omceo.it.

bollo euro 16,00 *

**All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Nuoro**

Il/la sottoscritto/a _____ dichiaro/a _____

di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del Decreto - Legge n.18 del 17.03.2020;

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ Prov. _____, il _____ codice

fiscale _____ di essere residente a _____ o domicilio

professionale/personale _____ Cap _____ Prov. _____ Tel. _____

_____ e-mail _____ PEC _____

di essere cittadino/a _____ di aver conseguito il diploma di Laurea in

Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____

con voto _____ immatricolato al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia in data _____;

di essere in possesso dei requisiti richiesti dall'art. 102 del Decreto Legge n. 18 del 17 marzo 2020;

- 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 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 NON ESSERE a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
 - di ESSERE A CONOSCENZA di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

-
-
- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di impegnarsi a regolarizzare la propria posizione amministrativa, entro 15 giorni dal termine del periodo emergenziale, come definito dalla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 26 del 01.02.2020, per quanto concerne:
 - a) attestazione del pagamento di Euro **168,00** di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. numero **8003** , intestato Agenzia delle Entrate Agenzia – **CENTRO OPERATIVO DI PESCARA – COD.TARIFFA: 8617;**
 - b) ricevuta del pagamento di **Euro 23,00** quota dovuta alla FNOMCEO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Roma) da effettuarsi mediante CCP Postale n.10973089 intestato all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Nuoro;
 - c) **la tassa di 1° iscrizione all'Albo professionale per il primo anno non è dovuta (solo per i nuovi iscritti).**
Per gli anni successivi l'importo sarà allineato alla quota ordinaria stabilita dal Consiglio Direttivo dell'Ordine;
 - d) **bollo da 16 euro sulla domanda *;**
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

Si allegano:

- 1 fototessera
- 1 foto di un documento identità