

SPAZIO  
MARCA  
DA BOLLO € 16,00

Spett.le  
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri - **HMU c**  
Via Brigiotti 12, 64100 Teramo (TE)  
Teramo

A mezzo PEC: [segreteria.te@pec.omceo.it](mailto:segreteria.te@pec.omceo.it)

## DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa.....  
nato/a .....(Prov).....  
il.....Codice Fiscale.....  
Tel.....Cell.....  
e-mail.....PEC.....

### C H I E D E

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

e, a tal fine, consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii., sotto la propria responsabilità,

**DICHIARA**  
**ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000**

- di essere nato/a a .....Prov. .... il. ....
- di essere residente a .....Prov. ....CAP.....  
in Via/P.zza ..... n°.....
- di essere domiciliato/a a .....Prov. ....CAP.....  
in Via/P.zza..... n°.....
- di essere cittadino/a .....
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia in data .....  
presso l'Università degli Studi di .....con voto...../110.....  
anno di immatricolazione al corso di laurea.....
- [ ] di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione .....Anno.....  
con voto.....presso l'Università degli Studi di .....
- [ ] di aver acquisito il giudizio di idoneità di cui all'articolo 3 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2018, n. 58;
- [ ] di aver conseguito la valutazione prescritta dall'articolo 2 del Decreto del Ministro dell'Istruzione, dell'Università e della ricerca n. 445 del 2001;

[ ] di aver conseguito il Diploma di laurea in Medicina e Chirurgia con valore abilitante all'esercizio della professione medica;

[ ] 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 AVER RIPORTATO condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel casellario giudiziale;

[ ] di AVERE RIPORTATO le seguenti 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 NON ESSERE iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;

[ ] di NON ESSERE mai stato iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi;

[ ] di ESSERE STATO iscritto all' Albo provinciale dei Medici Chirurghi di:

---

• di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale (CCEPS) o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Data .....

firma.....

IL SOTTOSCRITTO, INOLTRE,

- Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dati allegata alla presente e di essere stato informato, sulle modalità e finalità del trattamento cui sono destinati i suoi dati personali, ai sensi e per gli effetti di cui al Decreto Legislativo 196/2003 e al GDPR (Regolamento UE 2016/679).
- Autorizzo il trattamento dei dati contenuti nella presente istanza e acconsento alla conservazione, alla diffusione e alla comunicazione dei predetti dati, a terzi soggetti terzi di cui l'Ordine dovesse avvalersi per la gestione delle finalità istituzionali.
- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di dotarsi di una casella di posta elettronica certificata (PEC), ai sensi dell'art. 16, comma 7, del D.L. n. 185/2008, convertito con modifiche dalla L. n. 2/2009 e pertanto si obbliga a comunicare all'Ordine successivamente all'iscrizione all'Albo il proprio indirizzo di posta elettronica certificata;
- Dichiaro di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di indicare e comunicare i titoli posseduti e le eventuali specializzazioni (ai sensi dell'articolo 3, commi 3 e 4, del DPR n. 221/1950 e dell'art. 1, comma 152, della L. n. 124/2017) e pertanto si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine i titoli e le eventuali specializzazioni che dovesse conseguire.
- Si obbliga a comunicare tempestivamente all'Ordine, qualsiasi variazione dei dati comunicati con la presente istanza

Data .....

firma.....

**Si allega alla presente:**

- a) copia documento di identità in corso di validità;
- b) fotocopia della tessera del codice fiscale o dichiarazione sostitutiva di certificazione;
- c) ricevuta di versamento della tassa sulle concessioni governative di € 168,00 da pagarsi a mezzo c/c postale n. 8003, intestato all'Ufficio del Registro di Pescara-Tasse e Concessioni Governative;
- d) versamento di € 160,00 a mezzo di bollettino PAGOPA;
- e) modulo privacy.

Per ricevere il bollettino da pagare inviare una richiesta via mail a: [info@omceoteramo.it](mailto:info@omceoteramo.it) indicando Nome, Cognome, Data di Nascita, Residenza ed Email.