

---

**A PENA DI IRRICEVIBILITÀ LE ISTANZE DEVONO ESSERE PRESENTATE COME SEGUE:**

---

- Le domande di iscrizione devono essere presentate personalmente dal medico che intende iscriversi, il quale deve presentarsi all'Ordine necessariamente munito di documento di identità non scaduto;
- NON potranno essere accettate tutte quelle istanze incomplete degli elementi indicati sul modulo stesso;
- Le istanze vanno prodotte in bollo da € 16,00 e la prevista marca da bollo va apposta esclusivamente all'atto della presentazione dell'istanza, onde evitare di doverla sostituire in caso di errori nella presentazione dell'istanza stessa;
- Tutti i modelli delle domande con più facciate devono essere presentati all'Ordine su un unico foglio formato A4(fronte/retro).



Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della Provincia di Lecce

**Marca  
da bollo  
€ 16,00**

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

**Ill.mo Sig. PRESIDENTE  
ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI ED ODONTOIATRI  
della Provincia di LECCE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione nell'Albo degli ODONTOIATRI di codesto Ordine. (doppia iscrizione)

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (ai sensi della L. 445/2000)

**DICHIARA**

- di essere nato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_ ;
- codice fiscale \_\_\_\_\_ ;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ ;  
in via \_\_\_\_\_ ;
- Tel \_\_\_\_\_, PEC \_\_\_\_\_ ;
- E-Mail \_\_\_\_\_ ;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ ;
- di avere conseguito il diploma di laurea in ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_ ;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art 4, 2° comma della Leg. 409/85 ;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella \_\_\_\_\_ sessione dell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ ;

- di non aver riportato condanne penali ;
- di godere dei diritti civili.

**Il sottoscritto, inoltre, dichiara:**

- di non essere iscritto in altro Albo Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale 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;
- di essere consapevole dell'obbligo giuridico e deontologico di depositare, non appena conseguiti, i titoli di specializzazione.
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/2003

FIRMA

.....

LECCE , lì.....

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

---



**ORDINE DEI MEDICI  
CHIRURGHI ED ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI LECCE**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, **ATTESTA**, ai sensi dell'art. 30 del T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Lecce lì.....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

## **ELENCO DOCUMENTI OCCORRENTI PER LA DOPPIA ISCRIZIONE ALL'ALBO:**

- 1) Domanda (da scaricare) in bollo da euro 16,00.
- 2) Versamento per tassa Concessione Governative, di euro **168,00** (CENTOSESANTOTTO/00) da effettuare su **C/C POSTALE N. 8003** intestato a: **UFFICIO DEL REGISTRO TASSE CC. GG.- PESCARA;**
- 3) Versamento di Euro **120,00** (centoventi/00) da accreditare presso **INTESA SAN PAOLO S.P.A.**  
**CODICE IBAN : IT54N0306904013100000300034**  
intestato a: **ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI LECCE;**
- 4) N. 2 Foto tessera
- 5) Fotocopia del Codice Fiscale;

Note per il medico che si iscrive:

- La domanda va presentata dal medico che si iscrive, il quale deve presentarsi necessariamente munito di documento di identità non scaduto.
- **NON** potranno essere accettate le domande incomplete;