
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 retro del modulo stesso;
- Le istanze vanno prodotte in carta uso 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, compilato scrivendo in STAMPATELLO.



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo

€ 16,00

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

**Ill.mo Sig. PRESIDENTE
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LECCE**

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei **MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle conseguenze e delle pene stabilite dalla legge per dichiarazioni mendaci, sotto la propria personale responsabilità *ex art. 76 T.U. DPR 28 dicembre 2000 n. 445*,

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____;
- tel. _____,
- e-mail _____;
- di essere cittadino/a _____.
- PEC (obbligatoria da attivare e/o comunicare all'indirizzo e-mail: **info@ordinemedicilecce.it** **successivamente** all'iscrizione all'Albo)

DICHIARA:

- di aver conseguito la Laurea in **MEDICINA E CHIRURGIA** in data _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____;
- di avere acquisito il **Giudizio di Idoneità** nel corso del **Tirocinio pratico-valutativo previsto dall'art. 3, del Decreto MIUR n. 58/2018 (pre laurea)** presso l'Università degli Studi di _____ in data _____;
- di avere acquisito il **Giudizio di Idoneità** nel corso del **Tirocinio pratico-valutativo ex art. 2, del Decreto MIUR n. 445/2001 (post laurea)** presso l'Università degli Studi di _____ in data _____.

- **Il/La sottoscritto/a, inoltre,**

DICHIARA:

- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili;
- 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 come modificato in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE 2016/679.

• **Il/La sottoscritto/a,**

CHIEDE:

- di ricevere la rivista dell'OMCeO di Lecce "**Salento Medico**" in formato cartaceo all'indirizzo di residenza;
- di NON ricevere la rivista dell'OMCeO di Lecce "**Salento Medico**" in formato cartaceo e visionarla sul sito www.salentomedico.com;

LECCE , li.....

FIRMA

.....

IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE AI SENSI DEL DPR N. 445/2020.



Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA che l'istanza è stata
presentata dal Dott. _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Lecce li.....

Timbro e firma dell'incaricato

che riceve l'istanza

.....

**PER LA PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO
OCCORRE PRESENTARE:**

- 1) Domanda (da scaricare) in bollo da Euro 16,00;
- 2) Versamento per tassa concessione governative, di euro 168,00 (CENTOESSANTOTTO/00) su **C/C POSTALE N.8003** intestato a:
UFFICIO DEL REGISTRO TASSE CC. GG.- PESCARA;
- 3) Versamento di Euro **115,00** (CENTOQUINDICI/00) da accreditare presso **INTESA SAN PAOLO S.P.A.**
CODICE IBAN : IT54N0306904013100000300034
intestato a: **ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI LECCE;**
causale: “1° ISCRIZIONE ALBO” e nome dell'iscrivendo.
- 4) N. 2 Foto tessera+ Euro 5,00 per rilascio Tesserino;
- 5) Fotocopia del Codice Fiscale;
- 6) Copia Fotostatica di un documento di identità.

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.