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.

Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
della Provincia di Lecce

Marca da bollo
€ 16,00

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

Il trasferimento all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine.

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 aver in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ Prov_____;
□ di esercitare nel Comune di _____prov_____;

- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria il_____ presso l'Università degli Studi di _____con voti _____;

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella__sessione dell'anno presso l'Università degli Studi di _____;

- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;

- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di ;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;

- di non aver riportato condanne penali;

- di non aver procedimenti penali e procedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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 L'ISCRIZIONE ALL'ALBO PER TRASFERIMENTO:

1) Domanda (da scaricare)in bollo da Euro 16,00;

2) Versamento di Euro **30,00**(TRENTA/00) da accreditare presso
INTESA SANPAOLO S.P.A.
CODICE IBAN: IT54N0306904013100000300034
intestato a: **ORDINE DEI MEDICI DELLA PROVINCIA DI LECCE**
causale**: TRASFERIMENTO ORDINE DEI MEDICI**;

3) N. 2 Foto tessera+ Euro 5,00 per rilascio Tesserino;

4) Fotocopia Tessera Sanitaria;

5) Fotocopia di un documento di identità;

6) Autocertificazione data d'iscrizione all'Ordine di appartenenza.

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.