

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE**  
**E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO**

il/la sottoscritto/a .....

**CHIEDE**

l'iscrizione all' **ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 DICEMBRE 2000, N.445

il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n.445).

**DICHIARA**

- di essere nato/a a ..... prov. .... il .....
- codice fiscale .....
- di essere residente a ..... prov. ....
- in via ..... Tel. ....
- indirizzo e-mail per invio circolari .....
- di essere cittadino/a .....
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il .....  
presso l'Università degli Studi di .....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione .....  
presso l'Università degli Studi di .....
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- 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 stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

**Il 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.**

Firma \_\_\_\_\_

Data .....

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO

Il sottoscritto ..... incaricato, ATTESTA, ai sensi

dell'art. 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445

che il Dott. ....

identificato a mezzo di .....

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....

## **ELENCO DEI DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI AREZZO**

1. Domanda in bollo (modulo allegato), indirizzata all'Ordine provinciale dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri di AREZZO, tesa ad ottenere l'iscrizione all'Albo dei Medici. La domanda può essere presentata personalmente all'Ordine e sottoscritta in presenza del dipendente addetto. Può anche essere inviata per posta, già sottoscritta, allegando una fotocopia di un documento di identità del sottoscrittore.
2. Fotocopia del tesserino del Codice Fiscale
3. Fotocopia documento identità
4. Due fotografie formato tessera
5. Ricevuta del versamento di **Euro 168,00** della tassa di Concessione Governativa sul c/c postale n. 8003 intestato Agenzia delle Entrate con l'indicazione della causale: "Tassa prima iscrizione Albo Medici Chirurghi "
6. Versamento di **Euro 210,00** (tassa annuale di iscrizione all'Ordine per l'anno in corso 150,00 euro e tassa di 1° iscrizione 60,00 euro) a favore dell'Ordine dei Medici di Arezzo c/c di Tesoreria 1101690 - CODICE IBAN -  
**IT5700539014100000001101690**  
Banca Popolare Etruria di Arezzo

**Per i medici extracomunitari** : permesso di soggiorno rilasciato per motivi di lavoro autonomo, lavoro subordinato o famigliari e certificato di residenza in carta libera rilasciato dal Comune.

### INFORMAZIONI E ADEMPIMENTI DEL MEDICO NEO-ISCritto

#### **Dopo aver ottenuto l'iscrizione all'Albo:**

1. ritirare il tesserino di riconoscimento presso l'Ordine. All'inizio di ogni anno il Medico dovrà far timbrare il tesserino (convalida annuale) presso la Segreteria.
2. ritirare presso l'Ordine la domanda e la scheda anagrafica da portare alla ex Sauvi -Via Signorelli Arezzo (Sig.ra Cirignoni ) per ottenere il numero di codice regionale provvisorio (serve per poter effettuare sostituzioni).
3. entro 30 giorni dall'inizio dell'attività professionale deve essere fatta denuncia di inizio di attività all. Ufficio IVA (Palazzo Standa - Arezzo).

E' obbligatorio comunicare all'Ordine tempestivamente l'eventuale cambio di residenza (certificato in carta libera o dichiarazione firmata), di telefono e il conseguimento di una specializzazione.

L'anno successivo a quello di iscrizione il Medico pagherà la quota annuale di iscrizione all'Ordine tramite cartella esattoriale, recapitata alla propria residenza , con l'indicazione Tributo 540.

