

BOLLO
da Euro 14,62

**AL SIGNOR PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI
PADOVA**

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

dichiara sotto la sua personale responsabilità di essere in possesso del seguente requisito come previsto dall'art.46 del D.P.R.445/2000:

(contrassegnare solo la casella dichiarante il requisito)

- Essere in possesso dell'Attestato di Idoneità all'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri (Corso di Formazione D.Ivo 386/98)
- Essersi immatricolato all'Università il _____ nella sede di _____
- Essere SPECIALISTA IN _____
- Essere laureato IN ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA

di essere regolarmente iscritto a questo Albo provinciale dei Medici Chirurghi

dal _____ al numero _____

CHIEDE

In applicazione ed ai sensi delle normative vigenti,

L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI.

Allega alla presente la documentazione richiesta.

Data _____

Firma _____

Il/la sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445/2000 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.

Allegati:

Contrassegnare solo gli allegati che interessano:

- certificato attestante la data di Immatricolazione universitaria** al corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, rilasciato dalla segreteria dell'Università ovvero autocertificazione resa presso gli Uffici di segreteria dell'Ordine su modulo apposito;
- copia autenticata dalla segreteria dell'Ordine dell'”**Attestato di Idoneità all'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri**”, previsto dal Decreto Legislativo n. 386/98.
- certificato di attestazione di **Diploma di Specializzazione in campo odontoiatrico**, ovvero autocertificazione da sottoscrivere presso gli uffici di Segreteria dell'Ordine, se non già depositato;
- attestazione del pagamento** di Euro 168,00 di tassa sulle concessioni governative da effettuarsi sul c.c.p. numero 8003 (presso qualsiasi ufficio postale) - **codice versamento n. 8617; -causale del versamento:” iscrizione Albo Odontoiatri in forma contemporanea.”.**
- ricevuta del pagamento** della quota di iscrizione all'Albo che ammonta a **€ 127,09**, da effettuarsi con bonifico bancario presso la Banca Antoniana Popolare Veneta, agenzia di Via Euganea 65, sul c.c.b. numero 9215G intestato a “Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri” con la causale – iscrizione Albo Odontoiatri” - (codice ABI 05040, codice CAB 12195, CIN F, paese IT, check digit 97).
Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso cartella esattoriale emessa dall'ufficio competente per la riscossione dei tributi (codice 540).

Per gli anni successivi l'importo verrà riscosso attraverso cartella esattoriale emessa dall'ufficio competente per la riscossione dei tributi (codice 540).