

Spettabile
Consiglio dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e Odontoiatri Libero Professionisti
della Repubblica di San Marino

S E D E

Oggetto: Domanda di iscrizione all'Ordine e all'Albo dei Medici Chirurghi

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ () il _____

Residente a _____

Via _____

Telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

Cittadino _____

Indirizzo completo studio _____

Telefono _____ Fax _____ e-mail _____

Esercente la libera professione medica, in ottemperanza al Decreto 18 marzo 1996 n. 32
ed allo Statuto dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri Libero Professionisti,

richiede

l'iscrizione all'Ordine ed all'Albo dei Medici Chirurghi Libero Professionisti della Repubblica di San Marino.

Alla presente dichiarazione si allegano i seguenti documenti, con data non antecedente ai tre mesi la data della presentazione:

- Certificato di cittadinanza
- Certificato di residenza
- Certificato di godimento dei diritti civili
- Dichiarazione di assenza incompatibilità
- Certificato di laurea (o copia autenticata della laurea)
- Certificato di abilitazione (o copia autenticata dell'abilitazione o, in alternativa, certificato di iscrizione all'Ordine dei Medici di una provincia italiana)
- Codice Fiscale
- Ricevuta di avvenuto versamento su conto corrente presso Banca di San Marino Agenzia di Dogana intestato all'Ordine dei Medici di € 230,00 (€ 200,00 quota + € 30,00 prima iscrizione), codice IBAN SM 50 A 08540 09802 0000 20174174, specificando il nominativo e la causale.
- Fotografia autenticata
- Evidenza di stipula R.C. professionale aggiornata

Il sottoscritto richiede, inoltre, l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi (vedi Art.6 dello Statuto per quanto concerne le incompatibilità e per la scelta dell'Albo).

A tal fine allega, alla presente domanda, autocertificazione di assenza delle condizioni di incompatibilità all'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi Libero Professionisti.

Con osservanza.

Firma

San Marino, _____

DICHIARAZIONE DI ASSENZA INCOMPATIBILITA'
(Decreto 18 Marzo 1996 n. 32, Art. 6 dello Statuto dell'Ordine)

Il sottoscritto Dott.
nato a il
residente
cittadino
Telefono Fax Cell.

esercitante la libera professione medica odontoiatrica,

dichiara

sotto la propria responsabilità, di non essere in condizioni di incompatibilità all'iscrizione all'Albo

- dei Medici Chirurghi Libero Professionisti
 degli Odontoiatri Libero Professionisti

e più precisamente:

- di non svolgere altra professione in modo continuativo ed in via principale;
- di non essere titolare di licenza per l'esercizio di attività industriale, artigianale, commerciale ed agricola;
- di non rivestire qualifica di dipendente pubblico, o privato o di pensionato;
- di non rivestire qualifica di socio illimitatamente responsabile in Società di persone;
- di non rivestire funzione pubblica incompatibile con qualsiasi attività professionale.

In fede.

.....
(firma)

San Marino,