

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 degli Odontoiatri**

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 odontoiatrica, 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 e all'Albo degli Odontoiatri 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 degli Odontoiatri (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 degli Odontoiatri 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, .....