

## **Iscrizione di cittadini non comunitari, residenti o con domicilio professionale in Milano e provincia, con titoli non comunitari (decreto ministeriale) o titolo di studio riconosciuto da Università Italiana (tale titolo non è soggetto a termine)**

**Iscrizione di cittadini non comunitari, residenti o con domicilio professionale in Milano e provincia, con titoli non comunitari (decreto ministeriale) o titolo di studio riconosciuto da Università Italiana (tale titolo non è soggetto a termine)**

**(Medici/Odontoiatri residenti o con domicilio professionale in Milano e Provincia)**

### **NOTE INFORMATIVE**

**L'iscrivendo dovrà:**

1. registrarsi al portale istituzionale <http://www.omceomi.it> compilando tutti i dati richiesti e, a registrazione avvenuta, autenticarsi fornendo le credenziali di accesso (codice fiscale e password);
2. richiedere il bollettino MAV online, compilare i dati richiesti (vedi punto 9 della documentazione da allegare);
3. pagare il bollettino MAV entro due giorni dalla data di emissione;
4. presentarsi con la documentazione richiesta.

**Ricordiamo che l'iscrivendo dovrà presentarsi munito di indirizzo PEC (Posta Elettronica Certificata). Informiamo che, nonostante l'impegno dell'OMCeO di Milano, la Federazione e il Ministero dello Sviluppo Economico ci impongono forzatamente di non tenere valide le PEC "al cittadino" rilasciate dal Governo italiano al dominio [@postacertificata.gov.it](mailto:@postacertificata.gov.it)**

**DA ALLEGARE:**

1) Per titolo riconosciuto con Decreto Ministeriale:

DECRETO MINISTERIALE che attesta il riconoscimento del titolo di Medico/Odontoiatra in copia autenticata in bollo rilasciata dal Comune, o in copia autenticata presso i nostri Uffici esibendo l'originale.

L'efficacia del riconoscimento è limitata a 2 anni.

**N.B. PER TITOLO RICONOSCIUTO CON DECRETO MINISTERIALE:**

**IL SANITARIO DOVRA' SOSTENERE PRESSO L'ORDINE UNA PROVA CHE ATTESTI LA CONOSCENZA DELLA LINGUA ITALIANA E DELLE SPECIALI DISPOSIZIONI CHE REGOLANO L'ESERCIZIO PROFESSIONALE IN ITALIA.**

2) Per titolo riconosciuto da Università italiana:

Attestazione da parte del Governo di provenienza all'assenso all'esercizio dell'attività lavorativa in Italia (questo documento rilasciato dall'autorità competente deve essere allegato se il Medico/Odontoiatra è stato immatricolato in soprannumero al corso di laurea.

3) Certificato di assenza procedimenti disciplinari pendenti o pregressi rilasciato dalla competente Autorità del Paese di provenienza, prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.

4) Certificato del Casellario Giudiziale oppure un documento equipollente rilasciato dalla competente Autorità dello Stato di origine o di provenienza prodotto con data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di presentazione della domanda e rispettiva traduzione in italiano effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.

5) fotocopia del codice fiscale e fotocopia fronte retro del documento di identità (non autenticate).

6) documento d'identità valido

7) Attestato di domicilio professionale o certificato di residenza.

8) n.2 fotografie (uguali tra loro) formato tessera di cui una verrà autenticata presso i nostri Uffici.

9) TASSA di € **110,00** per quota annuale (€97,00 per l'Ordine e €23,00 per la FNOMCeO) + €5,00 per tassa di iscrizione pagabili con bollettino MAV di €115,00 che sarà inviato direttamente dal sistema al termine della compilazione della scheda per la richiesta del bollettino MAV al proprio indirizzo e-mail

10) TASSA di €168,00 da versarsi a mezzo c/c postale n.8003 intestato Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative. Codice tariffa: 8617.

La ricevuta deve essere allegata alla documentazione richiesta per l'iscrizione

11) Marca da bollo da Euro 16,00

LE AUTOCERTIFICAZIONI, DI SEGUITO ELENCAE, E L'INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL D.LGS 196/2003 SONO REDATTE SULLA DOMANDA DI ISCRIZIONE

AUTOCERTIFICAZIONI DI:

- NASCITA
- RESIDENZA
- CITTADINANZA
- GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI
- CERTIFICATO GENERALE (CASELLARIO GIUDIZIALE DEL TRIBUNALE)
- **PERMESSO DI SOGGIORNO E RELATIVA MOTIVAZIONE DI RILASCIO.**

In sostituzione alle autocertificazioni sopra menzionate, si possono presentare i rispettivi certificati in bollo da €16,00 cadauno che devono essere di data non anteriore a sei mesi rispetto a quella di presentazione della domanda

**L'ORDINE ISCRIVERA' IL SANITARIO ALL'ALBO MEDICI O ODONTOIATRI SOLO DOPO AVER RICEVUTO IL PARERE FAVOREVOLE DEL MINISTERO DELLA SALUTE AI FINI DELLE QUOTE D'INGRESSO.**

N.B. Per ulteriori informazioni: Ufficio iscrizioni tel. 0286471.402-412-417

Domanda iscrizione Cittadini non UE con titoli non UE - Riconoscimento titoli con Decreto del Ministero

Domanda iscrizione Cittadini non UE con titoli non UE - Riconoscimento titoli tramite Università

Creazione MAV

Marca da  
bollo da  
€16,00

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Milano

Il sottoscritto Dott. ....

**CHIEDE**

l'iscrizione a codesto Ordine – **Albo** .....

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76  
DEL D.P.R. 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  
D.P.R. 445/2000),SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',**

**DICHIARA :**

di essere nato a .....il.....

di essere cittadino .....

di essere **RESIDENTE** a .....

in Via .....C.A.P. ....

Con **DOMICILIO PROFESSIONALE** presso .....

con recapito postale da utilizzare per invio di pagamento tributi e

comunicazioni .....

telefono .....e-mail .....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale .....

di aver conseguito la Laurea in .....

presso l'Università di .....

il .....con voti.....

Esame di Stato superato a .....nel.....

Abilitato all'esercizio della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra

\_\_\_\_\_ in Italia con Decreto Ministeriale del

.....

(indicare la data riportata sul decreto)

### DICHIARA INOLTRE :

di **ESSERE** in regola con il Permesso di Soggiorno, motivo del rilascio  
..... scadenza .....

di **NON** aver riportato condanne penali e di **NON** essere destinatario 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 **AVERE** riportato condanne penali;

( nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento).....

.....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

L sottoscritt\_ , inoltre dichiara di **NON** essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (**diversamente indicare dove e quando**)

.....

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell’Unione Europea e dei Paese non Comunitari;

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l’esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all’albo.

di **impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall’art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.**

se in procinto di iscriversi o già iscritto all’Ordine dei Farmacisti, di optare per l’esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni a alle finalità istituzionali dell’Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell’ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

**DA FIRMARE ALL’ATTO DELLA CONSEGNA**

data, ..... firma .....

.....

Presentazione diretta all’impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell’art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del/della

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

( Timbro e Firma dell’impiegato)

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05-04.1950 n. 211 e dalla ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. godimento dei diritti civili.

**L'interessato dovrà conferire il numero di telefono, di fax, di posta elettronica semplice e certificata.**

**Tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, ad eccezione dell'indirizzo PEC, la cui divulgazione seguirà la normativa vigente.**

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA  
RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSÌ  
COME INDICATO:**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

—

Marca da  
bollo da  
€16,00

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Milano

Il sottoscritto Dott. ....

**CHIEDE**

l'iscrizione a codesto Ordine – **Albo** .....

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76  
DEL D.P.R. 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  
D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

**DICHIARA :**

di essere nato a .....il.....

di essere cittadino .....

di essere **RESIDENTE** a .....

in Via .....C.A.P. ....

Con **DOMICILIO PROFESSIONALE** presso .....

con recapito postale da utilizzare per invio di pagamento tributi e

comunicazioni .....

telefono .....e-mail .....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale .....

**\* di aver conseguito la Laurea in** .....

**presso l'Università di**.....

**il** .....**con voti**.....

**\* Esame di Stato superato a** .....**nel**.....

(indicare sessione, mese, anno)

**\* (dati relativi al riconoscimento del titolo in Italia tramite Università)**

**DICHIARA INOLTRE :**

di **ESSERE** in regola con il Permesso di Soggiorno, motivo del rilascio ..... scadenza .....

di **ESSERE** oppure  di **NON ESSERE** stato ammesso in soprannumero al relativo corso di Laurea

di **NON** aver riportato condanne penali e di **NON** essere destinatario 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 **AVERE** riportato condanne penali;  
( nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento)..... [   
..... ]  
 di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

L sottoscritt\_ , inoltre dichiara di **NON** essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale del Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (**diversamente indicare dove e quando**)  
.....

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea e dei Paese non Comunitari;

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;



[ ] di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

[ ] di **impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.**

[ ] se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

#### **DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA**

data, ..... firma .....

.....

[ ] Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del/della

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
( Timbro e Firma dell'impiegato)

**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003  
(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D. Lgs. 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo Ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05-04.1950 n. 211 e dalla ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali ha carattere obbligatorio in quanto indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità. Tale acquisizione potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa. L'impossibilità di acquisire i seguenti dati impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. cognome e nome;
2. luogo e data di nascita;
3. cittadinanza;
4. residenza o domicilio;
5. codice fiscale
6. diploma di laurea e di abilitazione;
7. eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. godimento dei diritti civili.

**L'interessato dovrà conferire il numero di telefono, di fax, di posta elettronica semplice e certificata.**

**Tali dati non saranno comunicati o diffusi a terzi, ad eccezione dell'indirizzo PEC, la cui divulgazione seguirà la normativa vigente.**

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA  
RIPORTATO E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI COSÌ  
COME INDICATO:**

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

—

