

ISCRIZIONE DI CITTADINI NON COMUNITARI EGIZIANI CON TITOLI EGIZIANI E RESIDENTI O CON DOMICILIO PROFESSIONALE IN MILANO E PROVINCIA

DOCUMENTI NECESSARI PER L'ISCRIZIONE DI CITTADINI NON COMUNITARI EGIZIANI CON TITOLI EGIZIANI – ACCORDO DI RECIPROCITA' (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 pagoPA online, compilare i dati richiesti (vedi punto 10 della documentazione da allegare);
3. pagare il bollettino pagoPA 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).

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- 1) Certificato di residenza o attestato di domicilio professionale.
- 2) DIPLOMA DI LAUREA, **in originale o in copia autenticata**, e RISPETTIVA TRADUZIONE IN ITALIANO, effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.
N.B. Il Sanitario, munito di attestazione di conoscenza della lingua italiana di livello B2 del Quadro Comune Europeo di Riferimento per le Lingue (QCER), dovrà sostenere presso l'Ordine una prova che attesti la padronanza dell'uso della lingua per la redazione di certificati medici o atti attinenti alla professione, con eventuale richiamo anche alle disposizioni che regolano l'esercizio della professione in Italia.
- 3) DIPLOMA DI ABILITAZIONE **in originale o in copia autenticata** e RISPETTIVA TRADUZIONE IN ITALIANO, effettuata sempre da un traduttore giurato o dal Consolato.
- 4) CERTIFICATO DI TIROCINIO OBBLIGATORIO **in originale o in copia autenticata** di internato della durata di 1 anno E RISPETTIVA TRADUZIONE IN ITALIANO effettuata da un traduttore giurato o dal Consolato.
- 5) CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ALBO MEDICI/ODONTOIATRI IN EGITTO, da cui risulti che non vi siano a carico del Sanitario procedimenti disciplinari e/o penali, emesso in data non anteriore a 6 mesi rispetto alla data di presentazione della domanda e RISPETTIVA TRADUZIONE IN ITALIANO EFFETTUATA DA UN TRADUTTORE GIURATO O DAL CONSOLATO.
- 6) Certificato del Casellario Giudiziale oppure un documento equipollente rilasciato dalla competente Autorità dello Stato di origine o di provenienza prodotto in data non anteriore a sei mesi rispetto a quello di presentazione della domanda con relativa traduzione in italiano EFFETTUATA DA UN TRADUTTORE GIURATO O DAL CONSOLATO.
- 7) fotocopia del codice fiscale e fotocopia fronte retro del documento d'identità (non autenticate)
- 8) documento d'identità valido
- 9) n.2 fotografie (uguali tra loro) formato tessera di cui una verrà autenticata presso i nostri Uffici.

- 10) TASSA di € **130,00** per quota annuale (comprensivi di € 23,00 per la FNOMCeO) + € 5,00 per tassa di iscrizione pagabili con bollettino pagoPA di € 135,00 che sarà inviato direttamente dal sistema al termine della compilazione della scheda per la richiesta del bollettino pagoPA al proprio indirizzo e-mail
- 11) 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
- 12) Marca da bollo da Euro 16,00

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

AUTOCERTIFICAZIONI DI:

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

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.

Per informazioni:

Ufficio Iscrizioni e Cancellazioni 02.86471.402 - 448