

Richiesta di preavviso all'OMDCT per l'ottenimento dell'autorizzazione AOMS (art. 42 OAMal)

1. Generalità del richiedente

Nome: _____ Cognome: _____
Data di nascita: _____ Nazionalità: _____
N°AVS: _____ GLN: _____
IDI: _____

Indirizzo privato: _____ Indirizzo ufficio: _____
CAP, luogo: _____ CAP, luogo: _____
N° telefono privato: _____ N° telefono ufficio: _____

Indirizzo email ufficiale: _____

Membro OMDCT: No Sì Se sì, da quando: _____

2. Diploma

Diploma (genere)	Anno di rilascio	Paese di rilascio	Anno riconoscimento in CH

3. Attività svolta presso uno studio o un istituto dentistico svizzero

Studio o istituto dentistico CH	N. RCC e nominativo del titolare	Luogo e cantone	Periodo di attività		Percentuale di lavoro
			Inizio (gg.mm.aaaa)	Fine (gg.mm.aaaa)	

4. Documenti da allegare al presente formulario

- Copia del diploma federale di medico dentista o, se estero, copia del diploma estero con la copia del riconoscimento Mebeko
- Certificato/i di lavoro per il periodo di attività computata presso **uno o più studi** o istituti dentistici svizzeri per il raggiungimento della % richiesta

Si chiede inoltre di allegare l'estratto del casellario giudiziale rilasciato negli ultimi 3 mesi dai paesi dove è stata esercitata la professione negli ultimi 3 anni.

Dichiaro la veridicità delle mie dichiarazioni e di avere preso atto delle leggi vigenti e delle relative sanzioni in caso di falsa attestazione. L'OMDCT si riserva di verificare la correttezza dei dati forniti.

Il seguente formulario deve essere redatto il mese precedente l'istanza e presentato in originale con firma autografa.

Data e luogo: _____

Firma: _____

Il presente formulario con gli allegati va trasmesso per posta raccomandata a:

Segretariato OMDCT, c/o Avv. Karin Valenzano Rossi, Via Pretorio 19, 6900 Lugano