

(Bollo € 14,62)

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI.....**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

C H I E D E

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli **effetti** della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

D I C H I A R A

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____

codice fiscale _____;

di essere residente a _____ prov. _____ in via _____
Tel _____; di avere in corso la
pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;

di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale in data _____ nella sessione _____ presso
l'Università degli Studi di _____;

di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____;

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;

di non aver riportato condanne penali;

di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003 e **dà il proprio consenso.**

DATA _____

FIRMA _____

ALLEGA FOTOCOPIA DI DOCUMENTO VALIDO D'IDENTITA'

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI.....

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ'

(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritto/a _____ nat __ a

_____ il _____ residente a _____

Via _____ n. _____ consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), dichiara sotto la propria personale responsabilità che

- HA IL PIENO GODIMENTO DEI DIRITTI CIVILI
- NON HA RIPORTATO CONDANNE PENALI PER LE QUALI E' PREVISTA LA MENZIONE NEL CERTIFICATO DEL CASELLARIO GIUDIZIARIO AD USO AMMINISTRATIVO

- data _____

Il /La dichiarante

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI.....**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identifi- calo a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
