

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL' ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA

PROVINCIA DI _____

Il /la sottoscritto/a

CHIEDE

l'iscrizione all' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 200, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a prov..... il
- codice fiscale
- di essere residente aprov.....
in via Tel..... e-mail
- di essere domiciliato ain via
- di essere cittadino/a
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il..... presso l'Università degli Studi di con votazione di
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale in datanellasessione dell'anno..... presso l'Università degli Studi di..... con votazione di
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all' Albo;

- 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.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data.....

Firma.....

Allegati: quietanza del versamento di € 168,00 per tassa concessione governativa su c/c postale n. 8003

Fotocopia documento valido di riconoscimento

n. 1 fotografia per il rilascio del tesserino

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI

Il sottoscritto..... incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il/la Dott./ssaidentificato a mezzo diha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....