



(Bollo € 16,00)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

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 2000, n.445

DICHIARA

• di essere nato/a aprov..... il.....

• codice fiscale..... ;

• di essere residente aprov..... ;

• in via ,tel..... cell.....

• di essere cittadino/a;

• di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia ilpresso

l'Università degli Studi di

con voto..... ;

- di avere conseguito l' Abilitazione professionale ai sensi dell' art. 102 del D.L. 17.03.2020 n.18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020 n. 27;

ovvero

- di aver superato l'esame di Abilitazione professionale nella sessione

dell'anno..... , presso l'Università degli Studi di.....

con voto ;

- 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 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;

Dichiara altresì di essere informato/a, ai sensi e per gli effetti del GDPR 679/2016, che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa e

di dare il consenso per il loro trattamento.

di negare il consenso per il loro trattamento.

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

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

Il sottoscritto.....,incaricato, ATTESTA,ai sensi del DPR

445/2000 che il Dott./ssa..... identificato/a a mezzo

di,ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato

che riceve l'istanza

.....