

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER **TRASFERIMENTO** ALL'ALBO PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

DELLA PROVINCIA DI CATANZARO

Il/La sottoscritto/a Dott.....

CHIEDE

l'iscrizione per trasferimento all'ALBO :

- DEI MEDICI CHIRURGHI
- ODONTOIATRI
- CONTEMPORANEA ISCRIZIONE AI DUE ALBI (Doppio Iscritto)

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..... ;

(BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE AL PROPRIO STATO)

- di essere residente aprov.....; CAP
in via ,tel..... cell.....
 - di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di.....
 - di esercitare la professione nel Comune di.....
 - di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il ,presso
l'Università degli Studi di.....
- con voto

- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria il ,presso l'università degli
Studi di

con voto.....;

di aver superato l'esame di Abilitazione professionale nella sessione

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

con voto

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri della provincia di....., dal.....

Dichiara inoltre

- 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 essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all'ENPAM.
- 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 CHIRURGHI 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

diha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....,