

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 a .....prov..... il.....
- codice fiscale..... ;

**( BARRARE LA CASELLA CORRISPONDENTE AL PROPRIO STATO)**

- di essere residente a .....prov.....; 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

di ..... ,ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....,