



xBollo

€ 16,00

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.....
email pec

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

.....,