

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ALBO MEDICI CHIRURGHI

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Nuoro

Il/La sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

il **TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di questo Ordine.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____ ;
- codice fiscale _____ ;
- di essere residente a _____ prov. _____, Cap _____, in via _____, tel. _____ ;
- di aver in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____, Cap _____ ;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____, Cap _____ ;
- di eleggere il proprio domicilio a _____ prov. _____ cap _____ in via _____
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____ ;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____ ;
- di aver conseguito il Diploma di Specializzazione in _____ il _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____ ;
- di aver conseguito l'Attestato / Diploma di Formazione in Medicina Generale presso _____ ai sensi della legge _____ ;
- di esser abilitato all'esercizio della Psicoterapia;
- di aver l'annotazione ex art. 5 Legge 24 luglio 1985 n. 409; di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi della Provincia di _____ al n. _____ con anzianità di iscrizione dal _____ ;
- di essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di _____
- di non essere iscritto all'Albo degli Odontoiatri
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver procedimenti penali e procedimenti o provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei dovuti modi, 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 D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Data _____

Firma _____

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI NUORO**

Ai sensi dell'art.38 del DPR 445 del 28.12.2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessat___:

() in presenza del dipendente addetto, identificando il dichiarante mediante: conoscenza personale – carta d'identità- patente di guida – n° _____ rilasciata il _____ dal _____ .

DATA _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Oppure () sottoscritta e inviata insieme alla fotocopia non autenticata di un documento d'identità del dichiarante, all'ufficio competente via (fax – tramite un incaricato – a mezzo posta).

** Le istanze e le dichiarazioni sostitutive di atto di notorietà da produrre agli organi della amministrazione pubblica o ai gestori o esercenti di pubblici servizi sono sottoscritte dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero sottoscritte e presentate unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento d'identità del sottoscrittore.

La copia fotostatica del documento è inserita nel fascicolo.

Le istanze e la copia fotostatica del documento d'identità possono essere inviate per via telematica; nei procedimenti di aggiudicazione di contratti pubblici, detta facoltà è consentita nei limiti stabiliti dal regolamento di cui all'art.15 comma 2 della Legge 15.03.1997 n.59 (art.38 comma 3 DPR 28.12.2000 n.445).

N.B. IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.