

**DOMANDA DI DOPPIA ISCRIZIONE
ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI E ALL'ALBO ODONTOIATRI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

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

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO ODONTOIATRI di codesto 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 eleggere il proprio domicilio a _____ prov. _____ cap _____ ;
in via _____ ;
- di essere cittadino/a _____ ;
- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____ ;
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea precedentemente al 28.01.1980;
- di essere, ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85 in possesso di un diploma di specializzazione in _____ conseguito il _____ presso l'Università di _____ con la votazione di _____ ;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____ ;
- di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi al numero d'ordine _____ dal _____ ;
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri 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;
- 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.