

Marca
da bollo
€14,62

DOMANDA DI 1^a ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

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

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art.46 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n.445,

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 aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____, riportando la votazione di _____;
- ◆ di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari 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 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.

Il /la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

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

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R. 445/2000 che il
Dott./ssa _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

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.

ALLEGARE FOTOCOPIA DI UN DOCUMENTO DI IDENTITÀ DEL SOTTOSCRITTORE.