

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

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

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'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**DICHIARA**

di essere nato/a a ..... prov. .... il .....

di essere cittadino/a .....

codice fiscale .....

di essere residente a ..... prov .....

in via ..... Cap. ....

Tel..... Cell..... E-mail.....

Indirizzo di posta elettronica certificata.....

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il .....

con voto.....presso l'Università degli Studi di .....

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nel (indicare mese, anno, sessione)

.....

con voto.....presso l'Università degli Studi di .....

**Iscrizione cittadini UE**

Il sottoscritto dichiara:

di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale

Abilitato all'esercizio della professione di Medico in Italia con Decreto ministeriale del

.....

(indicare la data riportata sul decreto)

**Iscrizione cittadini extra UE**

Il sottoscritto dichiara:

di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale

di essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero

di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero

di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute da presentarsi in originale

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 godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

di non essere iscritto in altro albo 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 avere 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 Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

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 ..... (\*)

(\*) Se la domanda viene spedita per posta in sostituzione della autentica riportata sul retro è necessario allegare fotocopia di un documento di identità.

---

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO**

Il sottoscritto ..... incaricato, ATTESTA, ai sensi

Del DPR 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

.....