

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a Dr.

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI **di codesto Ordine.**

**Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,
DICHARA**

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

codice fiscale

(*) di essere residente a **prov.**

in via **Tel.**

cell. **E-mail**.....

*** di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di** **prov.**

*** di esercitare nel Comune di** **prov.**

di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria **il**

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

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione

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

di essere iscritto all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri **di**

di aver ottenuta la prima iscrizione all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri **di**

il

di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e 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 e provvedimenti disciplinari in pendenza.

**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.**

Data

firma (°)

(*) Riportare la voce che interessa

(°) 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 CHIRURHI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi

Del DPR 445/2000 che il Dott.

identificato a mezzo di

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....