(Bollo € 16,00))

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL VCO

Il/la sottoscritto/a Dott._____

CHIEDE

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

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a_____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere cittadino _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____ ;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
- Di essere domiciliato a _____ prov._____

  In via _____
- 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 _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essersi immatricolato/a, quale studente regolare del primo anno, nell'anno …..... per l'anno accademico ….....;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- 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 del 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 non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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 della legge 196/2003 e del RE 679/2016

FIRMA

…….

Data ……

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI …….

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA …….

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

……..