

(Bollo € 14,62)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

Spett.le ORDINE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
PROVINCIA DI SONDRIO

Il sottoscritto Dr. _____

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 _____;
- codice fiscale _____; (che allega in copia)
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in Via _____, Tel. _____/
Cell. _____; indirizzo e-mail _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi 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 sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieta 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 della legge 675/96.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 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 _____

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

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

.....