

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
(SCRIVERE A STAMPATELLO ED IN MANIERA LEGGIBILE)

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI REGGIO CALABRIA**

Il/la sottoscritto/a: Cognome

Nome

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 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. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ c.a.p. _____;
- in via _____ n. _____, Tel _____; Cell. _____
- indirizzo e-mail _____@_____
- posta elettronica certificata – **PEC**: _____
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;

- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____ presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- 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 aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale o godano del beneficio della non menzione;
- 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.

FIRMA

.....

Data



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI REGGIO CALABRIA**

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai
sensi dell'art. 30 T.U.-DPR 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 l'istanza

(*) indicare estremi del documento valido di riconoscimento (carta d'identità; patente di guida;
passaporto; porto d'armi)
