

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI REGGIO CALABRIA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SOCI PROFESSIONISTI**

Art. 47 D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il sottoscritto _____
nato a _____ il _____
residente in _____ Via _____ n. _____
C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____
pec _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di essere iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____;
- di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art.6 del D.M. 8 febbraio 2013, n. 34 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altre società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
- di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di **non** essere sottoposto a procedimenti penali;
- di **non** aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili;
- di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

- _I_ sottoscritt_ , altresì, dichiara di **non** essere **mai stato** iscritto negli albi professionali di altro ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando)
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI

Data Firma

[] PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del: Sig./Sig.ra

(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata **RICEVUTA PROT. N.°** _____ del _____