

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE
(in bollo da Euro 16,00)

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ORISTANO

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. – DPR 28 dicembre 2000 nr.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 nr.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____
cittadinanza _____ codice fiscale _____ -
- di essere residente a _____ prov. _____
CAP _____ in via _____ n. _____
- Tel. _____ Cell. _____;
- e.mail _____ PEC _____
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____
Prov. _____ Via _____ nc. _____
- di svolgere principale attività lavorativa nella Provincia di Oristano in qualità di _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria e protesi dentaria il
presso l'Università degli Studi di _____
con il voto _____
- di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione _____ presso
l'Università degli Studi di _____;
- di essere autorizzato all'esercizio in Italia della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra con
decreto del Ministero della Salute in data _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi/odontoiatri della provincia 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 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 pena - 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 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 dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.

ALLEGA:

1. fotocopia del tesserino codice fiscale
2. fotocopia documento d'identità
3. n.01 fotografia a colori in formato digitale (via mail o su USB), in alternativa fototessera standard
4. numero di Codice Enpam _____

Data

Firma

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ORISTANO

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

.....