

MARCA DA
BOLLO
€ 16.00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

a Codesto Ordine l'iscrizione, *per trasferimento*:

all'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGI

all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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 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 _____ cap _____ prov. _____
in via _____
- di essere domiciliato nel Comune di: _____ cap _____ prov. _____
in via _____
- di esercitare nel Comune di: _____ cap _____ prov. _____
in via _____
- cell. _____ e-mail _____
- P.E.C. _____
- di avere cittadinanza _____ (se extra UE allegare fotocopia del permesso di soggiorno)
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in _____ in data _____
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____
- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale in _____ nella _____ sessione
anno _____ presso l'Università degli Studi di: _____ con voto _____
ovvero di aver conseguito Laurea con valore abilitante
- di essere iscritto all'Albo/i Provinciale/i della Provincia di _____ dal _____
ed in precedenza all'OMCeO di _____ dal _____

(in caso di iscrizione a più Ordini Provinciali riportarli in ordine cronologico)

(Segue retro)

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara di :

- essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAM
- non aver riportato condanne penali
- aver riportato condanne penali*: _____

(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme, anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del Casellario Giudiziale . La dichiarazione deve inerire anche alle sentenze di patteggiamento)*

- non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero

- essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: *specificare* _____

- non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- non essere sottoposto a procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza;
- non essere sottoposto a procedimenti disciplinari pendenti;
- non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- essere stata/o informata/o sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi dell'art.13 del Regolamento UE 679/2016 (informativa scaricabile dal sito internet al seguente link: <https://www.omceocaserta.it/informativa-iscrizioni/>);

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per le finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data _____

Firma _____

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art.38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del funzionario incaricata/o a raccogliere la presente domanda.

Timbro e firma dell'Incaricato che riceve l'istanza

DATA PROTOCOLLO IN INGRESSO