

Domanda di Iscrizione
All'Albo dei MEDICI CHIRURGHI

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI GENOVA

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE

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

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____; cap _____;
- in via _____; tel. _____;
- di avere la residenza /domicilio fiscale in Italia presso : _____
- comune _____ prov. _____; cap _____
- in via _____; tel. _____
- di essere cittadino _____;
- di aver 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 _____
presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;
- 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:

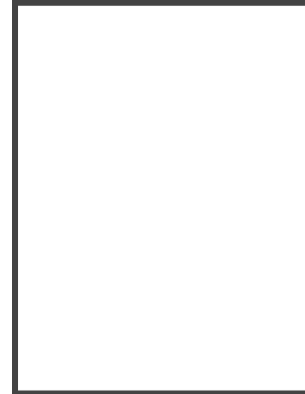
- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso al 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 sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 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

**All'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Genova**



Il/La sottoscritto/a D.ssa/Dott.

Cognome _____

Nome _____

nat_ il ____/____/____

a _____

Codice Fiscale _____

AUTORIZZO

l'utilizzo dell'unita fotografia per gli usi Istituzionali.

DICHIARO inoltre

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono stati destinati i dati personali ai sensi della Legge sulla privacy (675/96 *succ. mod. ed integrazioni*) con il diritto di farli aggiornare, rettificare, integrare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento (*art. 7 del D.lgs. 196/2003*).

Genova, li ____/____/____

firma _____