

All'Ordine Provinciale dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di
GENOVA

Il sottoscritto Dott. _____

CHIEDE

il TRASFERIMENTO DELL'SCRIZIONE all' Albo professionale dei

Medici Chirurghi Odontoiatri 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 aver fissato la sua residenza

- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza

- di esercitare

nel Comune di _____ prov. _____

in via _____ cap _____ tel. _____;

- di essere cittadino/a _____;

- di aver conseguito il diploma di laurea in _____ il _____;

(Medicina e Chirurgia o Odontoiatria)

presso l' Università degli studi di _____ con voto finale _____;

- di aver superato l' esame di abilitazione professionale nella sess. _____ presso

l' Università degli Studi di _____ con voto finale _____;

- di essere iscritto all' Albo professionale dei _____ di _____;

(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine 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 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 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.

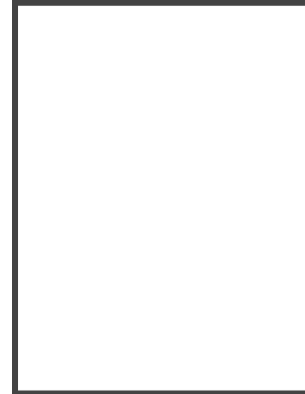
Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

FIRMA

.....

Data

**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 _____