

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91

SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il/la sottoscritt Dott. _____ nat __ a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. _____, consapevole delle
responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria
personale responsabilità (D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445), dichiara di esercitare l'attività professionale nei
locali siti nel Comune di _____, quale medico/odontoiatra

- a) libero professionista b) di medicina generale c) pediatra di libera scelta
d) specialista convenzionato esterno

OPPURE

dichiara di esercitare attività convenzionata per la:

- e) medicina dei servizi f) guardia medica g) specialistica ambulatoriale

presso il presidio di Area Vasta n.;

OPPURE

h) quale medico/odontoiatra dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura Pubblica
.....

i) quale medico/odontoiatra che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di libera
collaborazione coordinata e continuativa.

Si rende la presente di dichiarazione al fine di :

- 1) ottenere l'iscrizione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di
.....per trasferimento dall'Ordine di Albo.....
- 2) mantenere l'iscrizione presso codesto Ordine

Desidera ricevere la corrispondenza:

presso la residenza

presso la sede della attività professionale

IL DICHIARANTE

.....

DA ALLEGARE

- 1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella provincia di della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- 2) alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione nella provincia di della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.

(1) Barrare le voci che interessano

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

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MACERATA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi del
D.P.R. 28 dicembre 2000, n.445 che il Dott. _____
identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....