

SPAZIO
MARCA
DA BOLLO € 16,00

Spett.le
Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri - Macerata
Via Famiglia Palmieri n°6 - 62100, Macerata

A mezzo PEC: protocollo.mc@pec.omceo.it

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO ALL' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/DEGLI ODONTOIATRI

il/la sottoscritto/a Dott.ssa/Dott.....

CHIEDE

l'iscrizione per **TRASFERIMENTO** all'Albo dei Medici chirurghi Odontoiatri di codesto Ordine.

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

DICHIARA

- di essere nato/a a prov. il/...../.....
- codice fiscale.....
- di essere residente a Prov. CAP.....
in Via/P.zza n°.....
Tel / Cell
E-mail.....@....., PEC.....@.....
- di esercitare nel Comune di Prov
- di avere conseguito il Diploma di Laurea in:
 - **Medicina e Chirurgia**
 - **Odontoiatria e Protesi Dentaria**in data/..../..... con voto/..... lode , presso l'Università degli Studi di
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessioneAnno.....
con voto...../..... presso l'Università degli Studi di
- di essere iscritto all'Albo Prov.le dei: Medici Chirurghi Odontoiatri di
dal...../...../.....
- di aver ottenuta la prima iscrizione all'Albo Provinciale dei **Medici Chirurghi** **Odontoiatri**
della provincia di.....dal/...../.....

- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM
- di non aver riportato condanne penali per i quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- 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 del Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

Data

firma.....

Si allega alla presente:

- a) copia documento di identità in corso di validità;
- b) fotocopia della tessera del codice fiscale;
- c) 2 fotografie formato tessera (o in formato jpeg se inviate via PEC);

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MACERATA

Il sottoscrittoincaricato (dipendente), ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che il Dott. identificato a mezzo di ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DICHIARAZIONE DI DOMICILIO PROFESSIONALE

(art.16 legge comunitaria 21.12.1999 n°526 e art. 9 lettera i) - legge 11 gennaio 1979, n°12

La/il sottoscritta/o

Nata/o aProv (.....), il/...../.....

Codice Fiscale:

Residenza anagrafica nel comune diProv (___), CAP.....

Via/P.zza n°.....

Tel..... Cell

e - mail@....., PEC.....@.....

attività professionale in forma

autonoma

dipendente

Consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 28 Dicembre 2000, n°445

DICHIARA

di avere stabilito il proprio domicilio professionale a:

Comune..... Prov (.....), CAP.....

P.zza/Via.....n°.....

Tel.....e-mail.....@.....

Dichiara di essere stato informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'Art. 10 della legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Luogoe data .../.../.....

Firma