

(Bollo € 16,00)

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI CITTADINI A.I.R.E.**

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI UDINE, VIA DIAZ 30

L SOTTOSCRITT_ DOTT._ _____

NAT_ A _____ (PROV _____) IL _____

CITTADINO _____ REGISTRAT ___ PRESSO L'A.I.R.E.

(Anagrafe Cittadini Italiani Residenti all'Estero) DEL COMUNE DI _____

RESIDENTE IN (*) _____ (PROV. _____) C.A.P. _____

VIA _____ N. _____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL _____

PEC _____ CODICE FISCALE _____

**CHIEDE A CODESTO ORDINE
L'ISCRIZIONE**

all'ALBO dei MEDICI-CHIRURGHI all'ALBO degli ODONTOIATRI

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia Odontoiatria
il.....presso l'Università degli Studi di.....
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella _____ sessione dell'anno
..... presso l'Università degli Studi di
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario 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/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

di non essere iscritto in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi 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 ne' di essere stato radiato da alcun Albo provinciale ;

- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il 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 del Decreto Legislativo n. 196 del 2003.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'Art. 76 del 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

.....

SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE

Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di UDINE

Il sottoscrittoincaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR n. 445/2000 che il
Dott./ssa _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in Sua presenza l'istanza.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza