

**DOMANDA DI MANTENIMENTO ISCRIZIONE
ALBO MEDICI CHIRURGHI/ALBO ODONTOIATRI**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di **UDINE**

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445

Il sottoscritto/a _____

Nato a _____ il _____

Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi degli Odontoiatri

codice fiscale _____ cittadino _____

residente in _____ (____) cap. _____

Via _____

Tel. _____ Cell. _____

e- mail _____ PEC _____

In base all'art. 5, comma 5, della Legge 3/2018 *"gli iscritti che si stabiliscono in un Paese estero possono, a domanda, conservare l'iscrizione all'Ordine professionale italiano di appartenenza"*.

CHIEDE

Il mantenimento dell'iscrizione all'Albo dei _____

Pur avendo trasferito la propria residenza all'Estero e precisamente:

DICHIARA:

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali;

(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

- di godere dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare.

Il sottoscritto dichiara:

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei medici chirurghi e di non essere impiegato tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio e indirizzo PEC.

DATA _____

(*) FIRMA _____

(*) Se la firma non viene apposta dall'interessato al momento della presentazione della domanda, deve essere corredata di fotocopia di un documento di identità.

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
