

Bollo
£. 20.000

**Al Presidente
Dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri
di E N N A**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO _____ di codesto Ordine, ai sensi della legge n°40 del 6 marzo 1998 e del D.L.vo n°286 del 25 luglio 1998.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di lavoro;
- di essere residente a _____ prov. di _____
in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in _____ il _____
presso l'Università degli Studi di _____ con il voto di _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di **aver/non aver** riportato condanne penali.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;

- di non avere 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 della legge 675/96.

FIRMA

Data _____

**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 ENNA**

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

Enna li _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
