

Bollo
£. 20.000

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

__l__ sottoscritt__ Dr. _____

CHIEDE

l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di Codesto Ordine.

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

- a) di essere nat__ a _____ (prov. _____) il _____;
- b) codice fiscale _____;
- c) di essere residente a _____ (prov. _____) in Via _____
_____ n. _____ - Tel. _____;
- d) di essere cittadin__ _____;
- e) di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il _____ presso
l'Università di _____ con il voto di _____;
- f) di avere superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso
l'Università di _____;
- g) di non aver riportato condanne penali;
- h) di godere dei diritti civili.

__l__ sottoscritt__ , inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri 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 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

Enna, li _____

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. _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Enna li _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione
