

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI MATERA**

Il sottoscritto Dott.

CHIEDE

di essere iscritto all' **ALBO dei MEDICI CHIRURGHI** di Matera ed in proposito

DICHIARA

Marca da
Bollo
€ 16,00

sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti del DPR 445 del 28 dicembre 2000:

1. di essere nato a (.....) il;
2. C.F.;
3. di essere di cittadinanza
4. di essere residente nel Comune di cap.
Via telefono
e.mail;
5. di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il con voto
6. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico Chirurgo presso l'Università di
..... nella sessione con voto
7. di aver / non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario
giudiziario ad uso amministrativo
8. di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto inoltre dichiara:

di non essere iscritto e di non essere mai stato iscritto ad altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri;
di non esercitare la professione di farmacista;
di non essere impiegato 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 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 Nuovo Codice sulla Privacy D.Lgs. 30 giugno 2003, n.196.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del DPR n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Matera,

Firma
