

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

Marca da
Bolli
16,00 €

Il sottoscritto Dott.

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO dei MEDICI CHIRURGHI** della provincia di Matera per trasferimento dall'Ordine della Provincia di ed in proposito

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi del DPR n. 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
- o (in alternativa), di esercitare l'attività professionale nel Comune di(.....)
cap. Via quale medico
5. di avere conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
il con voto
6. di aver superato l'esame di abilitazione professionale presso l'Università di
nella sessione con voto
7. di essere iscritto all'Albo dei Medici-Chirurghi dell'Ordine di dal
con anzianità di iscrizione dal
8. di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
9. di aver / non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario
giudiziario ad uso amministrativo
10. di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto inoltre dichiara:

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 445/2000 in caso di
dichiarazioni mendaci, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Matera,

Firma
