

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

Il sottoscritto Dott.

Marca da
Bollo
€ 16,00

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO degli ODONTOIATRI** 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 Odontoiatria 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 degli Odontoiatri 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 non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;
10. di aver / non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo

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
