

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE**  
**(in bollo da Euro 16,00)**

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI RIMINI

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI di codesto Ordine.

**Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.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 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 nr.445),**

**DICHIARA**

di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;  
cittadinanza \_\_\_\_\_;  
codice fiscale \_\_\_\_\_;

di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_;  
e.mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_;

di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_;

di svolgere principale attività lavorativa nella Provincia di Rimini in qualità di \_\_\_\_\_;

- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria e protesi dentaria il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con il voto di \_\_\_\_\_;

- di aver superato l'esame di abilitazione nella sessione di \_\_\_\_\_ presso  
l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;

- di essere autorizzato all'esercizio in Italia della professione di Medico Chirurgo/Odontoiatra con  
decreto del Ministero della Salute in data \_\_\_\_\_;

- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi/odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e  
all'ENPAM;

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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 dell'articolo 13 del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (UE/2016/679) e di aver manifestato il consenso ai sensi dell'art. 7 del suddetto regolamento.

ALLEGA:

1. fotocopia del tesserino codice fiscale
2. fotocopia documento d'identità
3. n.01 fotografia a colori in formato digitale (via mail o su USB), in alternativa fototessera standard
4. numero di Codice Enpam

Data .....

Firma .....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

\*\*\*\*\*

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI RIMINI**

Il sottoscritto ..... Incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il Dott./ssa ..... identificato a mezzo di ..... Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....