

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

.....