

Domanda di iscrizione Albo Medici Chirurghi per trasferimento

1. Domanda di iscrizione all' Albo su apposito modulo con marca da bollo di €. 16,00, comprensiva di autocertificazione.
2. N° una fotografia formato tessera.
3. Fotocopia del numero di codice fiscale.
4. Ricevuta del versamento della tassa di prima iscrizione di €. 30,00 da effettuare sul c/c bancario 12771 (IBAN: IT38A0335901600100000012771) intestato a Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Novara (causale: Tassa di trasferimento).

La documentazione deve essere presentata dall'interessato con un documento di identità valevole.

AVVISO

SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE A COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.

IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE **QUALSIASI CONDANNA**, ANCHE SE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.

SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.

M. B.

Spettabile
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di NOVARA

**OGGETTO: Istanza di trasferimento all'Albo da
altro Ordine e contestuale autocertificazione.**

Il/La sottoscrit _____

chiede **il TRASFERIMENTO all'ALBO dei MEDICI CHIRURGHI** di codesto Ordine.

Ai sensi dell'art. 46 D.P.R. 28/12/2000 n.445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

- di essere nat__ a _____ prov.____ il _____ ;
- codice fiscale _____ ;
- di essere residente a _____ prov. ____ CAP _____ ;
- in via _____ n° _____ ;
- di essere cittadin__ _____ ;
- di avere in corso la **pratica di trasferimento** di residenza nel Comune di _____
_____ prov. _____ in via _____ ;
- di **esercitare** nel Comune di _____ prov. _____
in via _____ n. _____ ;
- telefono abitazione _____ cellulare _____ ;
- posta elettronica: @ ;
- posta elettronica certificata - **PEC**: @ ;
- anno immatricolazione: _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in **Medicina e Chirurgia** il _____
presso l'Università degli studi di _____ con voti _____ ;
- di aver superato l'esame di **Abilitazione Professionale** nel (anno) _____ nella _____
sessione presso l'Università degli Studi di _____ con voti _____ ;
- di **essere iscritto/a** all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi di _____ dal _____ ;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'E.N.P.A.M;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del Casellario Giudiziale ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti disciplinari in pendenza.

Il/La sottoscritt__ , 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 della Legge 675/96.

Data

Firma

AVVERTENZA: IL/LA DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI NOVARA

Il/la sottoscritt__ _____ , incaricato/a al
ricepimento della domanda, ATTESTA, ai sensi dell' art. 46 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, che
il/la Dott.____ indenticat_ a mezzo _____
n. _____ rilasciat_ il _____ da _____ con scadenza
il _____ , ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

Timbro e firma dell'incaricato/a che riceve l'istanza.

Data _____