

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di TERAMO

COGNOME _____

NOME _____

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione **per trasferimento all'**

- ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
- ALBO DEGLI ODONTOIATRI

Della provincia di Teramo e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 N. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA

Luogo di nascita _____ Provincia _____

Data di nascita _____ Codice Fiscale _____

Codice ENPAM _____

Residenza anagrafica: Via/Piazza _____

Comune _____ Provincia _____

Cap _____ Telefono Fisso _____

Telefono Mobile _____

Email _____

PEC _____

(se diverso dalla residenza anagrafica) Domicilio speciale eletto:

Via/Piazza _____ Comune _____

Provincia _____ Cap _____

Oppure

Di avere in corso la pratica di Trasferimento di residenza nel Comune di _____
in Via/Piazza _____ Provincia _____ Cap _____

Oppure

Di esercitare prevalentemente l'attività professionale nel Comune di _____
Provincia _____ c/o _____
Cittadinanza _____

Laurea in

- Medicina e Chirurgia
- Odontoiatria

Conseguita presso l'Università di _____ il giorno _____
con votazione _____

Abilitazione alla professione conseguita presso l'Università di _____
nella sessione _____ con votazione _____

Specializzazione universitaria o Libera Docenza in _____ conseguita
presso l'Università di _____ il giorno _____
con votazione _____

Specializzazione universitaria o Libera Docenza in _____ conseguita
presso l'Università di _____ il giorno _____
con votazione _____

Dottorato di Ricerca in _____ conseguito
presso l'Università di _____ il giorno _____
con votazione _____

Master Universitario in _____ conseguito
presso l'Università di _____ il giorno _____
con votazione _____

Abilitazione all'esercizio della Psicoterapia (Legge n. 56 del 18/02/1989) in data _____

Titolo di formazione in Medicina Generale (D.Lgs. n. 256 del 08/08/1991 e D.Lgs. n. 368 del 17/08/1999)

in data _____

di essere attualmente iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia
di _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____

di essere stato/a iscritto/a in precedenza ai seguenti Ordini provinciali:

provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____

provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____

provincia _____ con iscrizione n. _____
dal giorno _____ al giorno _____

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine ove attualmente è iscritto/a e all'ENPAM

di non avere procedimenti disciplinari in corso da parte dell'Ordine ove attualmente è iscritto/a

- di essere
- di non essere

a conoscenza di essere attualmente sottoposto a procedimenti penali

- di essere
- di non essere

destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti.

Di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data _____ Firma _____

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Spazio riservato all'Ufficio

Identificato con documento di riconoscimento _____
n. _____ rilasciato da _____ in data _____
_____ con scadenza _____ e visto firmare.

L'impiegato addetto _____