

## 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 \_\_\_\_\_