

Marca da  
bollo da  
€16,00

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri di Teramo

**Il/la sottoscritto/a Dott.ssa**

.....

**C H I E D E**

ai sensi dell'art. 9 ,lettera e) D.L.C.P.S. n. 233/46 così come modificato  
dalla legge n. 362/91, di ottenere l'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO  
all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di  
Teramo **ALBO**.....

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL  
2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI INCORRERE NELLA  
DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO,  
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE NON RISULTASSERO VERITIERE (ART.  
75 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA',**

**DICHIARA:**

di essere nato a .....il.....

di essere cittadino .....

di essere residente a .....

In Via .....C.A.P. ....

di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza)

In Via .....n.....C.A.P. ....

telefono .....e-mail .....

indirizzo di Posta Elettronica Certificata

.....

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)

Codice Fiscale .....

di aver conseguito la Laurea in .....

presso l'Università di .....

il .....con voti.....

Esame di Stato superato presso l'Università di .....

nel .....

(indicare mese/anno sessione)

Di aver conseguito la Specializzazione in .....

Presso l'università di .....

in data ..... con voto .....

**A TAL FINE DICHIARA DI:**

data e luogo di **prima Iscrizione** .....

essere tutt'ora iscritto all'Ordine Provinciale di .....

nell'Albo Medici Chirurghi dal .....

nell'Albo Odontoiatri dal.....

eventuale iscrizione nell'elenco Psicoterapeuti dal.....

di aver variato la propria residenza dal Comune di .....(prov. )

Via .....n..... cap.....

di esercitare la propria attività professionale nel Comune di .....

Via.....n. .... cap .....(Azienda ASL.....)

quale medico:

- a) di Medicina Generale-Assistenza Primaria
- b) pediatra di libera scelta
- c) libero professionista
- d) specialista ambulatoriale
- e) medicina dei servizi territoriali
- f) medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura:

.....in.....

Via .....n. ....cap. ....

**DICHIARA INOLTRE:**

di **NON** aver riportato condanne penali e di **NON** essere destinatario 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 **AVERE** riportato condanne penali; (nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inserire anche le sentenze di applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.

(patteggiamento).....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

  L   sottoscritt\_ , inoltre dichiara di **NON** essere mai stato iscritto negli Albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici – Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando .....)

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e

degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

di **ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam alla data di presentazione della domanda

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

di **impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi**

**variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di**

**diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del**

**Codice di Deontologia Medica.**

**se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di**

**optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o**

**Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli**

**odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)**

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**ALLEGARE COPIA DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO E  
CODICE FISCALE  
(TESSERA SANITARIA)**