

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI TERAMO**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti dell'art.46 T.U. DPR 28 Dicembre 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 personale responsabilità (art. 76 T.U. DPR 28 Dicembre 2000 n.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____; con voto _____
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980 di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art. 4, 2° comma della L. 409/85;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____; con voto _____
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- 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 della legge 675/96.

Data

FIRMA

.....