

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI TERAMO**

Bollo €16,00

__ l __ sottoscritt __ Dott. __ _____

CHIEDE l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di TERAMO

per trasferimento da _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE DI ATTI DI NOTORIETA'

(Artt. 46 e 47 DPR 445 del 28.12.2000 – T.U. sulla documentazione Amministrativa)

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 DPR 445/2000), sotto la propria responsabilità,

DICHIARA:

di essere nat __ a _____ prov. _____ il _____

Codice Fiscale _____

Codice ENPAM _____

di essere cittadino _____

di aver trasferito dal _____ la Residenza a _____ prov. _____

cap _____ in via _____ tel. _____

MAIL: _____ PEC: _____

oppure

di esercitare prevalentemente l'attività professionale nel Comune di _____

prov. _____ cap _____ Via _____ tel. _____

come: _____ libero professionista ; _____ convenzionato ; _____ dipendente (segnare con una X)

di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia / Odontoiatria il _____

presso l'università degli studi di _____ con voto _____

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ Anno _____

presso l'Università degli Studi di _____ ;

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di _____

dal _____ ;

Recapito comunicazioni ordinistiche e/o ENPAM _____

di aver ottenuto la prima iscrizione all'Albo dei Medici / Odontoiatri di _____

dal _____ ;

di essere / non essere doppio iscritto

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza fino al _____

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'ENPAM fino all'anno _____

di non avere procedimenti e/o provvedimenti disciplinari in corso

di non aver riportato condanne penali;

di non essere a conoscenza di avere procedimenti penali in corso

di non essere impiegato in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieta ai dipendenti

l'esercizio della libera professione (art. 10 DLCPS n.233/1946) in caso affermativo indicare l'Ente

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

di essere in possesso dei seguenti TITOLI PROFESSIONALI:
(Specializzazioni – docenze – Annotazioni esercizio attività professionale)

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti

di essere stato informato sulle finalità e modalità nel trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96

DATA _____

FIRMA _____

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO NEL CASO DI DICHIARAZIONI NON VERITIERE
ART. 75 – DPR 445/2000**