

(marca da bollo)

**ALL 'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE**

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA' - Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 Dicembre 2000, **da allegare alla DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE, prodotta** ai sensi dell'Art. 9 - lettera e), D.L.C.P.S. n. 233/46, così come modificato dalla Legge 362/91, **IN RELAZIONE ALLA UBICAZIONE NELLA PROVINCIA DI FROSINONE, DELLA SEDE DELL'ATTIVITA' PROFESSIONALE.**

Il/la sottoscritto/a dott./ssa .....

Nato/a a..... (prov.....) il.....

cittadino/a.....residente in.....(prov.....)

c.a.p. ....via.....n.....

tel.....cell. ....

consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000).

**DICHIARA DI:**

svolgere la propria attività quale

a) medico di medicina generale

b) libero professionista

(N° partita IVA.....)

c) pediatra di libera scelta

d) specialista convenzionato esterno

con studio in..... Via.....N.....

telefono..... cellulare.....

*oppure*

di esercitare attività convenzionata presso il presidio di.....  
(Azienda USL.....) Via.....n.....  
telefono..... cellulare.....  
per la:

e) medicina dei servizi,  f) guardia medica,  g) specialistica ambulatoriale;

*oppure*

di esercitare quale medico/odontoiatra dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura:

.....  
Sede in.....Via.....N.....  
Telefono..... cellulare.....

di esercitare quale medico/odontoiatra presso la seguente struttura privata  
(convenzionata e non) con rapporto di collaborazione

.....  
Sede in.....Via.....N.....  
Telefono..... cellulare.....

***Desidera ricevere la corrispondenza presso:***

la residenza

la sede della attività professionale

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine.

Data ..... Firma .....

invio per posta

ai sensi dell'art. 38, comma 3, del d.p.r. n. 44512000 allega fotocopia non autenticata del documento d'identità

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

[ ] presentazione diretta all'impiegato/a addetto/a  
la firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del d.p.r. n. 445/2000, in presenza di

sig./sig.ra.....

(firma del funzionario)

---