

(Marca da bollo)

*All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri di FROSINONE*

Il/la sottoscritto/a dott./ssa
nato/a a..... (prov.....)il.....
cittadino/a.....residente in.....(prov.....)
c.a.p.via..... n.....
tel.....cell.

CHIEDE

ai sensi dell' Art. 9 - lettera e) - D.LC.P.S. n. 233/46 così come modificato dalla Legge 362/91,
di MANTENERE L'ISCRIZIONE presso codesto Ordine Provinciale, all'Albo

- dei **MEDICI-CHIRURGHI** [] posiz. n.....
- degli **ODONTOIATRI** [] posiz. n.

**in virtù dell'ubicazione nella Provincia di Frosinone della sede dell'attività professionale,
nonostante la residenza sia stata trasferita in altra Provincia.**

Il/la sottoscritto/a, 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.....

oppure

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. 445/2000 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./ra _____

Firma del Funzionario _____