

DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE

(marca da bollo)

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

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI CODESTO ORDINE.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;

Codice fiscale _____;

di essere residente a _____ prov. _____;

in via _____ N° _____;

Tel. _____ cell. _____;

e-mail _____ di essere cittadino/a _____;

di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi dentaria il _____, presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____, presso l'Università degli studi di _____ con voto _____;

- di NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a 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 AVER** riportato condanne penali; (nel caso di condanne 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 inerire anche le sentenze di patteggiamento):
- _____
- _____
- _____

- di godere dei diritti civili.**
- di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare.

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di **NON** essere mai stato iscritto/a negli Albi professionali di altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando ed i motivi della cancellazione)_____
- di **NON** essere impiegato/a in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di **NON** essere stato cancellato/a da altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità, né di essere stato/a radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo Provinciale;
- di **NON** aver 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;

Il/La sottoscritto/a, è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni ed alle finalità istituzionali dell'Ordine; Tali dati, eccetto le residenze, i numeri telefonici e gli indirizzi e-mail, verranno inseriti sul sito Internet dell'Ordine ed in quello della FNOMCeO.

IL/LA SOTTOSCRITTO/A 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 DPR 445/2000), DICHIARA CHE QUANTO SOPRA CORRISPONDE AL VERO.

DATA _____ FIRMA _____

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FROSINONE

Il/La sottoscritto/a _____ incaricato/a, ATTESTA, ai sensi della legge 445/2000 che il Dr./dott.ssa _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA.....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....