

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

(marca da bollo)

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

**Il/La sottoscritto/a** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI 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 Medicina e Chirurgia 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 per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziale ad uso amministrativo – art. 39 D.P.R. 313/2002 – D. Dirig. Min. Giustizia 11/02/2004;
- 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 \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*  
**SPAZIO RISERVATO ALLA SEGRETERIA**  
\*\*\*\*\*

**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

.....