

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AD UN SOLO ALBO PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**



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

**IL/LA SOTTOSCRITTO/A**

**NOME** \_\_\_\_\_

**COGNOME** \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO PRESSO CODESTO ORDINE PROVINCIALE DI FROSINONE,  
ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI  / ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI**

e all'uopo, 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° \_\_\_\_\_;

di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;

in via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_;

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;

pec \_\_\_\_\_;

di avere cittadinanza \_\_\_\_\_; Permesso di soggiorno: \_\_\_\_\_;

di aver conseguito il diploma di laurea in  Medicina e Chirurgia / Odontoiatria e protesi dentaria  il \_\_\_\_\_,

presso l'Università degli Studi di: \_\_\_\_\_ (← denominazione esatta), con voto \_\_\_\_\_;

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione (nel caso di laurea conseguita all'estero, indicare la data del riconoscimento da parte del Ministero): \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di

(nel caso di rilascio da parte del Ministero, indicare la data del Decreto Ministeriale):

\_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;

di essere attualmente iscritto nell'Albo dei Medici Chirurghi  / nell'Albo degli Odontoiatri  dell'Ordine provinciale di:

\_\_\_\_\_, dalla data del: \_\_\_\_\_ con N. \_\_\_\_\_;

di **ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all'ENPAM;

di **NON** avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità. Né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo Provinciale;

di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare;

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

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 **IMPEGNARSI** a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

Il/La sottoscritto/a, è al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/1679 del 27/04/2016 ed 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, in quello della FNOMCeO, in quello del Ministero della Salute e sugli Elenchi delle pec dei professionisti italiani (INI, REGINDE, ...).

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 e 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

---