

Bollo  
€ 16

Al Presidente dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
della provincia di Terni

Ogg.: domanda di iscrizione all'albo \_\_\_\_\_

CONTEMPORANEA ISCRIZIONE

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, nat\_ a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;

consapevole della responsabilità penali conseguenti a dichiarazioni mendaci e che all'eventuale accertamento della non veridicità delle affermazioni contenute nella presente istanza conseguirà la decadenza dei benefici ottenuti e la trasmissione degli atti alla Procura, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, CAP \_\_\_\_\_, tel. \_\_\_\_\_, e-mail \_\_\_\_\_;
- di avere il seguente numero di codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino italiano;
- di essersi laureat\_ in **Medicina e Chirurgia** il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- di essersi laureat\_ in **Odontoiatria** il \_\_\_\_\_; presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Medico Chirurgo nella sessione \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di: \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito l'abilitazione alla professione di Odontoiatra nella sessione \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di: \_\_\_\_\_;
- essersi immatricolato nell'anno accademico \_\_\_\_\_ per il conseguimento della Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_

- di aver conseguito la specializzazione in \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_, presso l'Università degli studi di \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (*in caso contrario indicare le condanne riportate – anche se sia intervenuto patteggiamento e/o amnistia – e/o i carichi pendenti*) \_\_\_\_\_;
- di non essere sottoposto a procedimento per l'applicazione di una misura di sicurezza;
- di avere il pieno godimento dei diritti civili;
- di non essere iscritt \_\_\_ all'Albo dei Medici e/o Odontoiatri di altro Ordine;
- di non esercitare la professione di Farmacista;
- di non essere stato cancellato o radiato da altri Ordini provinciali (*in caso contrario indicare il provvedimento di cancellazione o di radiazione*);
- di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione o perdita dei predetti dati, consapevole che tutte le comunicazioni e/o notificazioni verranno effettuate dall'Ordine alla residenza sopra indicata

#### CHIEDE

- l'iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_ di codesto Ordine in contemporanea iscrizione all'Albo \_\_\_\_\_;

In fede.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\* \* \*

Il sottoscritt \_\_\_\_\_, quale incaricato dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Terni, dichiara che la sottoscrizione dell'istanza è stata apposta in sua presenza dal dr. \_\_\_\_\_, identificat tramite \_\_\_\_\_.

In fede.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_