

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(D.P.R. N. 445 DEL 28.12.2000)

**Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91**

**SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE**

Il/la sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_ nat \_ a \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. D.P.R. 28.12.2000 N. 445), dichiara di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_ quale medico/odontoiatra

- (1)     **a)** libero professionista    **b)** di medicina generale  
       **c)** pediatra di libera scelta   **d)** specialista convenzionato esterno

**OPPURE**

Dichiara di esercitare attività convenzionata per la (1): **e)** medicina dei servizi

- f)** guardia medica                                    **g)** specialistica ambulatoriale presso il presidio di

Via .....(USL .....);

**OPPURE**

**h)** quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura  
.....

**i)** quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) \_\_\_\_\_  
con rapporto di libera collaborazione coordinata e continuativa.

**Si rende la presente dichiarazione al fine di :**

ottenere l'iscrizione all'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_  
.....per trasferimento dall'Ordine di ..... Albo.....

mantenere l'iscrizione presso codesto Ordine

**Desidera ricevere la corrispondenza:**

presso la residenza

presso la sede della attività professionale

IL DICHIARANTE

.....

**DA ALLEGARE**

- 1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella provincia di ..... della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- 2) alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione nella provincia di ..... della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.

**(1) Barrare le voci che interessano**

**ALLEGARE DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO VALIDO**

**RISERVATO ALL'ORDINE**

**Mantenimento Iscrizione per effetto dell'elezione del domicilio professionale:**

Consiglio Direttivo del \_\_\_\_\_

Delibera Consiliare n. \_\_\_\_\_

+++++  
**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL  
PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI FOGGIA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi  
del D.P.R. N. 445 del 28.12.2000 che il Dott.

\_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua  
presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

.....