

DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI
FOGGIA**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. N.445 del 28.12.2000 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalle normative attualmente in vigore per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (ART. 76 - T.U. DPR 28.12.2000 N. 445)

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
 - codice fiscale _____;
 - di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____; cell.: _____; e-mail _____@_____;
 - PEC: _____;
 - di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
 - di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
 - di essersi immatricolato alla Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di _____, nell'anno accademico ____/____;
 - di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____, con voti _____;
 - di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____, con voti _____;
 - di aver conseguito la Specializzazione in _____ presso l'Università degli Studi di _____ in data _____, con voti _____;
 - di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi di _____ dal _____;
 - _____
 - _____
 - di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
 - di non aver riportato condanne penali;
 - di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.
- Il sottoscritto, inoltre, dichiara:
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
 - di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

Foggia, _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**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. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Foggia, _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

Riservato all'Ordine

Iscritto nel Consiglio Direttivo del _____
con numero d'iscrizione _____
Delibera Consiliare n. _____

Proveniente dall'Ordine di _____

Prima iscrizione all'Ordine di _____ in data _____

Seconda iscrizione all'Ordine di _____ in data _____

Elenco documenti da presentare per la domanda di Iscrizione per trasferimento da altro Ordine

1. n. 2 foto formato tessera
2. fotocopia codice fiscale
3. una marca da bollo da apporre sul modello di domanda
4. fotocopia documento di riconoscimento
5. fotocopia delle quietanze di avvenuto pagamento tributi Ordine ed ENPAM degli ultimi due anni