

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE**  
**E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

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

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

L'iscrizione **all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Spett.le 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 norme attualmente in vigore per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_; cell.: \_\_\_\_\_; e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_  
PEC: \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria in data \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_;
- di essersi immatricolato alla facoltà di Odontoiatria e Protesi Dentaria dell'Università di \_\_\_\_\_ nell'anno accademico \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voti \_\_\_\_\_;

**Riservato all'Ordine**

Iscritto nel Consiglio Direttivo del \_\_\_\_\_

Con numero d'Iscrizione \_\_\_\_\_

Delibera consiliare n. \_\_\_\_\_

- di non aver riportato condanne penali;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziale per uso amministrativo;
- di aver adempiuto all'obbligo vaccinale previsto espressamente dall'art. 4, comma 1 del D.L. n. 44/2021 convertito in Legge n. 76 del 28/05/2021;
- di godere dei diritti civili e politici.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere 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;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D. Lgs. 196/03.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato/a, 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

\_\_\_\_\_