

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 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
