

**ALL' ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FOGGIA**

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
(Art. 47 D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000)**

Il/la sottoscritto/a dott. _____
nato/a a _____ (prov. _____) il _____
cittadino/a _____ residente in _____ (prov. _____)
c.a.p. _____ via _____
tel. _____ cell. _____
E-MAIL _____ PEC _____

Comunica

ai sensi dell'Art. 9, lettera e, D.L.C.P.S. n. 233/46, così come modificato dalla Lg 362/91, di aver variato la propria residenza dal Comune di _____ (prov. _____)
c.a.p. _____ Via _____ n. _____
di essere domiciliato/a nel Comune di _____ (prov. FG)
c.a.p. _____ Via _____ n. _____

che intende **MANTENERE L'ISCRIZIONE**, presso codesto Ordine Provinciale, all'Albo

- dei Medici-Chirurghi iscrizione N. _____
- degli Odontoiatri iscrizione N. _____

a tal fine, consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falso in atti e tutto quanto considerato dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, sotto la propria responsabilità dichiara quanto segue:

- di essere domiciliato/a nel Comune di _____ (prov. FG)
c.a.p. _____ Via _____ n. _____
- di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____ (prov. FG)
c.a.p. _____ Via _____ n. _____

(Azienda ASL _____) quale medico o odontoiatra:

- a) di medicina generale/ pediatra di libera scelta
- b) libero professionista (N. partita IVA _____)
- c) ospedaliero/dipendente Asl d) specialista convenzionato esterno

nello specifico

di esercitare attività convenzionata presso il presidio di _____ (Azienda ASL _____) Via _____ n. _____ cap _____

oppure

di esercitare quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura:

_____ con sede in _____ cap _____
Via _____ n. _____

oppure

di esercitare quale medico presso la seguente struttura privata (convenzionata o non)

_____ con sede in _____ cap _____
Via _____ n. _____

Chiede inoltre di ricevere la corrispondenza presso:

la residenza

la sede del domicilio

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine e all'uopo autorizza il trattamento dei propri dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 relativo alla "Protezione delle Persone Fisiche con riguardo al Trattamento dei Dati Personali, nonché alla Libera Circolazione di tali Dati" e del precedente D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali".

Tali dati (fatta eccezione per le residenze, i domicili, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno pubblicati nel sito internet dell'Ente nonché in quello della F.N.O.M.C.e O.

Luogo e data _____ Firma _____

allega: fotocopia non autenticata del documento d'identità.

RISERVATO ALL'ORDINE

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. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Luogo e data _____ Timbro e firma incaricato ricevente la dichiarazione

Mantenimento Iscrizione per effetto dell'elezione del domicilio professionale:

Consiglio Direttivo del _____

Delibera Consiliare n. _____