

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ODONTOIATRI LAUREA ABILITANTE
D.M. N. 653 DEL 5.7.2022 in attuazione della Legge n. 163/2021**

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI FORLÌ-CESENA**

Il/la sottoscritto/a _____

DICHIARA di trovarsi nella fattispecie di cui agli art. 1 e 3 della Legge n. 163 del 8.11.2021.

CHIEDE

l'iscrizione all'**ALBO DEGLI ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____ cap _____;
- domicilio professionale/personale (solo se diverso dalla residenza) a _____ prov. _____;
- in via _____ cap _____;
- tel. _____; cellulare _____;
- email _____;
- posta elettronica certificata (PEC) _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____;

presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____
e che il conseguimento di tale titolo di studio è da considerare abilitante all'esercizio della professione di odontoiatra poiché avvenuto secondo le modalità previste dal D.M. n.653/2022;

- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel certificato giudiziario ad uso amministrativo;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale amministrativo (es: condanne patteggiate ai sensi dell'art. 444 CPP o che hanno beneficiato della non menzione);
- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre,

DICHIARA

- di non essere iscritto/a in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;

- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/10/2016 come da informativa pubblicata sul sito web www.ordinemedicifc.it (modulistica, iscrizione agli Albi ,consenso informato).

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data.....

Firma.....