

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

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

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

il **TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI** 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 _____; codice ENPAM _____;
- tel. _____; cellulare _____;
- e-mail _____;
- email certificata: _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____ cap _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
presso _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____;
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ anno _____;
presso l'Università degli Studi di _____ con voto _____;
- di aver conseguito la specializzazione in _____
presso l'Università degli Studi di _____ il _____
con voto _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi di _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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).

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;
- consapevole dell'obbligo previsto dall'art. 64 del Codice Deontologico e dagli articoli 3 e 4 DPR 221/50, di comunicare tutti gli elementi costitutivi dell'anagrafica, compresi le specializzazioni e titoli conseguiti.

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.

FIRMA

.....

Data

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FORLÌ-CESENA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....