

(marca da bollo)
(da € 16,00)

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO ALBO PROVINCIALE

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA.**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

Il **TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI** di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, cap _____ tel _____;
- cell .. _____ E-mail.. _____
- Pec: _____
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____ in via _____; tel _____ cell. .. _____ -- E-mail.. _____
- Pec: _____
- di esercitare prevalentemente l'attività nel Comune di _____ prov. _____ c/o _____ in via _____
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____; dal _____
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione;
- .
-

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 e del Decreto Legislativo n.196/2003
-

Il sottoscritto, 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 dei 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 (*) _____

(*) La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di riconoscimento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

* * * * *

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, a sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ n. _____ rilasciato il _____ da _____ scadenza _____ ha sottoscritto in mia presenza l'istanza.

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)

**ALLEGATI ALLA DOMANDA DI TRASFERIMENTO DA ALTRO
ORDINE**

N. 2 foto formato tessera uguali

Documento d'identità

Copia Codice Fiscale

€ 25.00 da versare direttamente allo sportello dell' Ufficio di Segreteria