

DOMANDA DI REISCRIZIONE ALL' ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L' iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del TU – DPR 28/12/00 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 TU – DPR 28/12/00 n.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, cap _____ tel _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di essere attualmente iscritto all'Albo degli Odontoiatri dal _____ al n. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia il _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____,
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____ con votazione _____;
-
- di essere stato immatricolato al relativo corso di laurea antecedentemente al 28.1.1980;
-
- di essere in possesso di un diploma di specializzazione in campo odontoiatrico ai sensi dell'art.19, comma 3 L. n. 409/85 come modificato dall'art 4 D.Lgs. 8/7/03 n.277;
-
- di essere in possesso dell'attestato di idoneità ai sensi dell'art.1, comma 1 del D.Lgs. 13/10/98 n.386;
-
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto né in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e né 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 della legge n. 675/96.

Data : _____ FIRMA (*) _____

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

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. _____ identificato a mezzo _____ n. _____ -- rilasciato il _____ da _____ scadenza _____

Data _____ Firma del legalizzante _____

(qualifica professionale C2 / B2)