

ALBO MEDICI – CHIRURGHI. DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

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

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi degli articoli 46,47,48, D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle conseguenze di cui agli art. 75 e 76 del medesimo D.P.R.,

DICHIARA

di essere nato/a a: _____ prov. ____ il ____/____/____

di essere cittadino/a _____ di avere il seguente codice fiscale _____

di essere residente a: _____ prov. _____

via _____ n° _____ CAP _____

Tel. _____ cell. _____ mail _____ pec _____

Di avere (**compilare solo se diverso\i dalla residenza**):

- Il seguente domicilio eletto _____

- Il seguente domicilio professionale _____

di aver conseguito la laurea in Medicina e Chirurgia il ____/____/____ presso l'Università degli studi

di _____ con voto _____ e di essersi immatricolato al predetto Corso di laurea nell'a.a. _____

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli

studi di: _____ nell'anno _____ con voto _____

SCEGLIERE (con una crocetta) L'OPZIONE RISPONDENTE ALLA PROPRIA SITUAZIONE

- 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,

O, IN ALTERNATIVA,

- di avere le seguenti situazioni penali (specificare): _____

- di non essere sottoposto a procedimenti penali,

O, IN ALTERNATIVA,

- di essere sottoposto ai seguenti procedimenti penali:

- di godere dei diritti civili,
O, IN ALTERNATIVA,
- di non godere dei diritti civili;
- di non essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione,
O, IN ALTERNATIVA,
- di essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi e/o di essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione, secondo quanto di seguito specificato: _____
- di non essere stato/a cancellato per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo Provinciale,
O, IN ALTERNATIVA,
- di essere stato/a cancellato/a per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi e/o di essere stato/a radiato/a, secondo quanto di seguito specificato: _____
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo,
O, IN ALTERNATIVA,
- di aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;

Il/La sottoscritto/a, con la sottoscrizione della presente istanza, dichiara, inoltre:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato/a informato/a sulle finalità del trattamento a cui sono destinati i dati personali ai sensi del GDPR 2016/679 e del D. Lgs. n° 196/2003.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n° 445 del 2000 in caso di dichiarazione 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 e ribadisce che tutto quanto sopra corrisponde al vero.

DA FIRMARE SOLO ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

DATA

FIRMA

_____/_____/_____

Parte da non compilare, in quanto riservata all'Ufficio ricevente

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il sottoscritto _____ incaricato dell'Ordine,
ATTESTA, AI SENSI DEL DPR 445/2000

Che il/la Dott./Dr.ssa _____

Identificato/a a mezzo _____

Ha sottoscritto in sua presenza la presente istanza.

DATA

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

_____/_____/_____
