

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91

SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il/la sottoscritto/a.....nato/a ail
.....residente in....., Vian.....,
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci
dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n.
445),

DICHIARA

di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune
di.....via..... quale medico

a) libero professionista

b) di medicina generale

c) pediatra di libera scelta

d) specialista convenzionato esterno

OPPURE

Dichiara di esercitare l'attività convenzionata per la:

e) medicina dei servizi

f) guardia medica

g) specialista ambulatoriale presso il presidio di.....

via.....(A.S.S.....)

OPPURE

Dichiara di esercitare l'attività:

h) quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura
.....

i) quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di
libera collaborazione coordinata e continuativa.

OPPURE

Dichiara di frequentare la Scuola di Specializzazione in..... presso
l'Università di.....

Si rende la presente di dichiarazione al fine di:

() ottenere l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi / odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di

() ottenere l'iscrizione all'Albo dei medici chirurghi / odontoiatri dell'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia diper trasferimento dall'Ordine dei
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di.....

() mantenere l'iscrizione presso codesto Ordine

Desidera ricevere la corrispondenza:

() presso la residenza

() presso la sede dell'attività professionale

Data:.....

Firma:.....

**AVVERTENZA: il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato
sulla base della dichiarazione non veritiera.**

**Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste**

Il sottoscritto....., incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il dott....., identificato a mezzo.....ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data:.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

DA ALLEGARE:

- 1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella provincia didella sede dell'attività professionale, sebbene si abbia in provincia diversa;
- 2) alle domande di mantenimento della iscrizione a quest'Ordine in virtù della ubicazione nella provincia di.....della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.
- 3) **DOCUMENTO IDENTITA'**;