

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

Il/la sottoscritto/a.....

CHIEDE

l'iscrizione nell'Elenco Speciale dei Medici Psicoterapeuti annesso All'Albo dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di codesto Ordine ai sensi dell'art. 35 della L. 56/1989.

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 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a.....prov....., il.....;
- codice fiscale.....;
- di essere residente a.....Cap.....prov.....;
- in via....., tel.....e-mail.....;
- di essere cittadino/a.....;
- di aver conseguito la specialità in.....presso l'Università degli Studi di con voto
- di aver conseguito il diploma di..... in data.....con voti.....presso l'Istituto/Scuola..... riconosciuta con D.M. del.....
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste al n. di posizione.
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 come da allegata informativa.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- **di essere consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere.**

Data:.....

Firma:.....

Ordine dei Medici Chirurghi
E degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 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

Si allegano:

- Marca da bollo da Euro 16,00