

**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 essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Trieste al n. .... di posizione.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della Legge 196/2003.
- **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