

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

Il/la sottoscritto/a.....

CHIEDE

il trasferimento all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine per
trasferimento dall'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine di.....

Il/la sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR
28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

- di essere nato/a a.....prov....., il.....;
- codice fiscale.....;
- codice ENPAM.....;
- di essere residente a.....Cap.....prov.....;
- in via....., tel.....
e-mail.....;
- () di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di
.....Prov.....
- () di esercitare nel Comune di.....Prov.....
- di essere cittadino/a.....;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia
il.....presso l'Università degli Studi di con
voto.....;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione.....
anno.....presso l'Università degli Studi di.....con voto.....;
- di aver conseguito la specialità in
.....presso l'Università degli Studi
di.....in data.....con voto.....;
- () di essere stato/a iscritto/a presso l'Ordine di
.....dal.....;
- () di essere iscritto/a nell'elenco speciale dei medici abilitati all'esercizio della
Psicoterapia (art. 35, L. 56/89);
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di
appartenenza per l'anno e all'ENPAM per l'anno.....;
- di non aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel certificato
del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in
pendenza;

- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere stato/a cancellato/a per morosità ed irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo provinciale;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere al corrente sulle finalità e modalità del trattamento da parte dell'Ordine, della FNOMCeO e dell'ENPAM, cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo 196/2003.

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

Data:.....

Firma:.....

Ordine dei Medici Chirurghi
E degli Odontoiatri della Provincia di Trieste

Il/la sottoscritto/a....., incaricato/a, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il/la dott./dott.ssa....., identificato/a 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;
- 1 fototessera;
- fotocopia codice fiscale;