

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

Il/la sottoscritto/a.....

**CHIEDE**

l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, 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.....;
- di essere residente a.....Cap.....prov.....;
- in ..... via....., tel.....e-mail.....Pec.....;
- di essere cittadino/a.....;
- di aver conseguito il diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria 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 non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali per cui è prevista la menzione nel certificato giudiziario ad uso amministrativo;
- 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 iscritto/a in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato/a cancellato/a per morosità ed irreperibilità né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- 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/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;
- attestazione del versamento sul c.c.p. n. 8003 – Tasse concessioni governative di Euro 168,00.