



OMCeO

Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Benevento

In bollo da 16,00€

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE PER TRASFERIMENTO

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine.

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

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____;
- in via _____, Tel. _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____;
prov. _____; E-mail _____; PEC _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
- di aver conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia /o in odontoiatria e protesi
dentaria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ dell'anno _____
presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver conseguito il diploma di specializzazione/i in _____
il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
in _____
il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi / odontoiatri di _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam ;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatari di provvedimenti che riguardano l'applicazione di
misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario
giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- 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 essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del decreto
Legislativo n.196 del 2003.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 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 _____

DOCUMENTI PER L' ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

- Numero 2 fotografie formato tessera;
- Fotocopia del tesserino relativo al codice fiscale su carta semplice;
- Fotocopia di un documento di riconoscimento valido.

Il Consiglio Direttivo dell'Ordine delibera, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. N. 221 del 5/4/1950, sulla domanda di iscrizione **nel termine di TRE mesi**, dopo aver accertata la sussistenza delle condizioni richieste .

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BENEVENTO

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 del T.U. – D.P.R. 28/12/2000 N. 445 che l'istanza :

È stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato a mezzo di

_____;

è stata presentata, corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore, dal Sig. _____ identificato a mezzo di _____;

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia fotostatica del documento valido di identità del sottoscrittore.

DATA _____

***Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza***
