

BOLLO  
€ 16,00

## ALBO MEDICI-CHIRURGHI

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

All'Ordine Provinciale dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri di Napoli

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### CHIEDE

Il trasferimento all'Albo dei Medici-Chirurghi di codesto ORDINE

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46

DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

### DICHIARA

di essere nato/a a: \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

di essere residente a: \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

di essere cittadino/a \_\_\_\_\_

di aver conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia presso

l'Università degli studi di: \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

Di essersi immatricolato al corso di laurea in medicina e chirurgia nell'anno

aaccademico \_\_\_\_\_ di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella

sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli studi di: \_\_\_\_\_

nell'anno \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

di essere iscritto all'Albo provinciale dei Medici-chirurghi di: \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**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 destinatario 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 sottoposto a procedimenti disciplinari ne di averne in corso;

di **NON** aver procedimenti penali pendenti;

di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a, inoltre dichiara:

di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

Di essere stato/a informato/a sulle finalità del trattamento a cui sono destinati i dati personali ai sensi del Dec.Leg.vo n° 196 del 2003.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n°445 del 2000 in caso di dichiarazione 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.**

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

DATA

FIRMA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI NAPOLI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato,

ATTESTA, AI SENSI DEL DPR 445/2000

Che il Dott. \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo di: \_\_\_\_\_

Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

FIRMA DELL'INCARICATO CHE RICEVE L'ISTANZA

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE ALLA DOMANDA

- 1) RICEVUTA COMPROVANTE L'ESEGUITO PAGAMENTO DI EURO 28,92  
( BANCA CARIPARMA IBAN : IT 79 L 06230 03539 000035707937)  
INTESTATO A : ORDINE DEI MEDICI – CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI NAPOLI-RIVIVIERA DI CHIAIA , 9/C 80122 NAPOLI .
- 2) DUE FOTO FORMATO TESSERA;
- 3) FOCOPIA DEL CODICE FISCALE.