

BOLLO
€ 16,00

A L B O O D O N T O I A T R I

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO

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

Il/La sottoscritto/a _____

C H I E D E

Il trasferimento all'Albo degli Odontoiatri di codesto ORDINE.

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

D I C H I A R A

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 /Odontoiatria presso
l'Università degli studi di: _____

Il ____ / ____ / ____ con voto _____

Di essersi immatricolato al corso di laurea in Odontoiatria nell'anno accademico _____

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 degli Odontoiatri 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 stato 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 D.P.R. 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- RIVIERA DI CHIAIA,9/C 80122 NAPOLI**
- 2) **DUE FOTO FORMATO TESSERA:**
- 3) **FOTOCOPIA DEL CODICE FISCALE.**