

ALBO MEDICI- CHIRURGHİ

BOLLO

€ 16,00

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

OGGETTO: **domanda di prima iscrizione cittadini extracomunitari.**

IL/La sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'Albo dei Medici-Chirurghi di codesto Ordine.

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI PREVISTE, AI SENSI E PER GLI EFFETTI DEGLI ARTT. 48 e 76, DEL D.P.R. 28.12.2000 N°445, PER LE IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI, E DELLE PREVISIONE DELL'ART.75 DEL MEDESIMO D.P.R.

DICHIARA

di essere nato/a a: _____ Nazione _____ il ___/___/___

codice fiscale _____, tel. _____

di essere residente a: _____ prov. _____

via _____ e mail _____

in alternativa di aver il domicilio a : _____ prov _____

via _____ C.A.P. _____

di essere cittadino/a _____

di avere il permesso di soggiorno per motivo: _____

rilasciato il ___/___/___ con scadenza ___/___/___

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 accademico _____

di aver svolto tirocinio obbligatorio nel periodo _____

presso _____

di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____

presso l'Università degli studi di: _____ con voto _____

di essere stato ammesso in soprannumero (posti riservati ai cittadini extracomunitari) al corso di laurea;

di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza (legge 6 marzo 1998 n.40,art.35)

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

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 a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

di godere dei diritti civili;

di non essere iscritto/a in altro Albo Provinciale dei Medici-Chirurghi 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 per morosità e/o irreperibilità o per altri motivi né di essere stato/a radiato/a da alcun Albo Provinciale;

di non aver 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 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.

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

DATA

____/____/____

IN FEDE

ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI e DEGLI ODONTOIATRI DI NAPOLI

Il/La sottoscritto/a _____ 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

_____/_____/_____
