(Bollo)

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE DEI CITTADINI EXTRACOMUNITARI

All' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / ODONTOIATRI di codesto Ordine, ai sensi dell'art. 35 della legge 40 del 6 marzo 1998.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a_____prov._____, il_____;
- codice fiscale_____;
- di essere in possesso del permesso di soggiorno per motivi di lavoro subordinato, lavoro autonomo e familiari;
- di essere residente a_____prov._____;
- in via_____nr._____, Tel_____;
- di essere domiciliato a _____ Prov_____CAP_____

  in Via/Piazza_____ n°_____;
- di essere cittadino/a_____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia/odontoiatria il _____presso l'Università degli Studi di_____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di_____;

  ☐ di non essere stato ammesso in soprannumero al relativo corso di laurea

  ☐ di essere stato autorizzato (anche se immatricolato in soprannumero) dal Governo dello Stato di appartenenza;
- di non aver riportato condanne penali;
- di godere dei diritti civili.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei medici chirurgi e degli odontoiatri;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato 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 stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

Data …….. .....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia

Il sottoscritto_____incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA …….

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

……..