



Spett. le
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E
DEGLI ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI POTENZA
Via Vincenzo Verrastro 3/L
85100 POTENZA

DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE

Il/la sottoscritto/a Dott./ssa
Ricevuta oralmente l'informativa sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali, di cui all'art. 13 D. Lgs. n. 196/03 e s.m. e i., pubblicata sul sito web ed affissa nei locali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza

CHIEDE

il **TRASFERIMENTO ALL'ALBO** **DEI MEDICI CHIRURGHI** **ODONTOIATRI**
di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 Dicembre 2000 n.445, 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. 76 T.U. - DPR 28 Dicembre 2000 n.445),

DICHIARA

- di essere nato/a a Prov. il
- di essere cittadino/a
- codice fiscale
- di essere residente a Prov.
- in via Tel./Cell.
- indirizzo e-mail/pec
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di Prov.....
- di esercitare nel Comune di Prov.
presso
- e-mail/pec
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il
- presso l'Università degli Studi diil
- con la votazione di /110 con lode;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione presso
l'Università degli Studi di con voto

- di essere iscritto/a all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri di
- con anzianità dal
- di essere in regola con i pagamenti dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziario ad uso amministrativo;
- Di non aver precedenti penali e procedimenti o provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- 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

Luogo e data

FIRMA

.....

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

A CURA DELL' ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURHI E DEGLI ODONTOIATRI DI POTENZA

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott./ssa identificato a mezzo di

- Ha sottoscritto in sua presenza l'istanza;
- Ha presentato a mezzo postale l' istanza;

Luogo e data

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

**DOCUMENTI DA ALLEGARE ALLA DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI POTENZA**

1. Ricevuta del Versamento di € 51,65 (Tassa di trasferimento) da effettuare sul seguente numero di conto corrente :

IBAN: IT 41 N 05387 04204 000002397749

Intestato all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri.

2. Copia fotostatica del documento d'identità e del codice fiscale (in corso di validità).