

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DI MASSA CARRARA.**

Marca da
bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa

CHIEDE

l'iscrizione all' *Albo dei Medici-Chirurghi / All'Albo degli Odontoiatri*
dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Massa
Carrara per trasferimento dall'Ordine della provincia di
..... ed in proposito

DICHIARA

*consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e
dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. n. 445/28.12.2000), sotto la propria
responsabilità, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000:*

1. di essere nato/a a (.....) il
2. di essere di cittadinanza
3. di essere iscritto nel registro dell'anagrafe della popolazione residente nel
Comune di in Via n. ..., Cap
..... , telefono ; ovvero di avere in corso la pratica di
trasferimento nel Comune di Via
n..... , Cap , telefono ;
e-mail..... ;
e-mail certificata..... ;
4. di aver conseguito il diploma di Laurea in Medicina e chirurgia/Odontoiatria il
..... presso l'Università degli studi di con voto
..... ;
5. di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione
presso l'Università degli studi di con voto
6. di essere in possesso di diploma di specializzazione e/o libera docenza in
..... , conseguito presso
l'Università degli studi di il ,
con voto

7. di essere stato abilitato/a all'esercizio della Psicoterapia (L. 56/89) in data
8. di essere in possesso di Titolo di formazione in medicina generale ai sensi del D.lvo 256/91 e D.Lvo 368/99, conseguito in data
9. di aver ottenuto per la prima volta l'iscrizione all'Ordine dei Medici di in data con n.;
10. di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAM;
11. di non aver procedimenti penali e/o disciplinari in pendenza ;
12. di non essere attualmente sospeso dall'esercizio professionale per provvedimento disciplinare;
13. di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra indicati;

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.
L'informativa sulla privacy è disponibile al link http://www.ordinedeimedici.org/public/informativa_privacy.pdf

MASSA,

Firma
