

DOMANDA DI TRASFERIMENTO ALL'ORDINE DI GORIZIA

**Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della Provincia di Gorizia**

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI / DEGLI ODONTOIATRI
di codesto Ordine.

(Ai sensi e per gli effetti degli articoli 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, il/la sottoscritto/a
consapevole delle responsabilità penale cui può andare incontro ai sensi dell'art. 76
D.P.R 445/2000)

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____ ;
- che il proprio Codice Fiscale è _____ ;
- di essere residente a _____ prov. _____
in via _____, tel _____ ;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di
_____ prov _____ ;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____ ;
- di aver 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 essere iscritto/a all'Albo Provinciale dei Medici Chirurghi / Odontoiatri della Provincia
di _____ ;

- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003.

Data

Firma

AVVERTENZA: Il/La dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 21 del D.P.R. 445/2000 che il/la Dr/Dr.ssa _____ identificato/a a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data

Timbro e firma del funzionario
che riceve l'istanza