

Marca
da
Bolli
€ 16,00

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 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 responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968,n.15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- che il proprio Codice Fiscale è _____;
- di essere residente a _____ prov. _____
in via _____, tel _____ Cell. _____
- e-mail _____;
- 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 _____ con voto _____;
- 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 della Legge 675/96.

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 della Legge 4 gennaio 1968 n.15 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