

Marca  
da  
Bolli  
€ 16,00

**DOMANDA D'ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE**  
**E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di GORIZIA

Il/La sottoscritto/a Dr/Dr.ssa \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

**l'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI di codesto Ordine.**

Il/la Sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del 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 \_\_\_\_\_, cell. \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Medicina e Chirurgia 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 \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che  
riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e  
di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del  
casellario Giudiziale;
- di godere dei diritti civili.

Il/La sottoscritto/a inoltre dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non aver 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/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.lgs. n.196/2003.

**Il/la sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci, è consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Data

Firma

\*\*\*\*\*

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
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