

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI GORIZIA

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO
SOCI PROFESSIONISTI**

Art. 47 D P R N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000

Il/La sottoscritt/a.....
nato a..... il.....
residente in.....Via.....
CAP.....Tel..... Cell.....E mail.....

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL' ART. 76 DEL D . R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ QUANTO SEGUE:

- Di essere iscritto all'Albo professione dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della provincia di
 - Di non versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento) di altra società tra professionisti anche di natura multidisciplinare;
 - Di non essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
 - Di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, 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 avere riportato condanne penali;
- (nel caso di condanne penali indicare le stesse produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del Casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).
- Di godere dei diritti civili;
 - Di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

Il/La sottoscritto/a altresì dichiara

Di non essere mai stato iscritto negli albi professionali di altro Ordine provinciale dei Medici-chirurghi e degli Odontoiatri del territorio nazionale
(Diversamente indicare dove e quando)

Di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

***IL/LA SOTTOSCRITTO/A E' CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI
ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ
ISTITUZIONALI***

Data.....

Firma.....

Invio per POSTA-Email-PEC: allegare fotocopia non autenticata del documento d'identità ex art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000

PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO

Firma apposta ai sensi dell'art. 38, comma 3, del D.P.R. 445/2000 in presenza del
Sig./Sig.ra..... (timbro e firma del funzionario)