



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**

REGISTRO PROTOCOLLO

N. _____

Marca da
bollo da
€16,00

Al Sig. Presidente dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli

Odontoiatri di **VERCELLI**

Il sottoscritto Dott.

C H I E D E

**ai sensi dell'art. 9, lettera e) D.L.C.P.S. n. 233/46 così come modificato dalla
legge n. 362/91, di ottenere l'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO
all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Vercelli**

ALBO

**CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ART. 76 DEL D.P.R. N.
445 DEL 2000 IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI E CONSAPEVOLE DI
INCORRERE NELLA DECADENZA DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL
PROVVEDIMENTO EMANATO, SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI CHE
NON RISULTASSERO VERITIERE (ART. 75 D.P.R. 445/2000),SOTTO LA
PROPRIA RESPONSABILITA',**

DICHIARA :

di essere nato ail.....

di essere cittadino

di essere residente a

In ViaC.A.P.

di essere domiciliato a (se diverso dalla residenza)

In Vian.....C.A.P.

telefonoe-mail

indirizzo di Posta Elettronica Certificata.....

(Legge 28/1/2009 n. 2 di conversione D.L. 29/11/2008 n. 185)



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**

REGISTRO PROTOCOLLO

N. _____

Codice Fiscale

di aver conseguito la Laurea in

presso l'Università di

ilcon voti.....

Esame di Stato superato presso l'Università di

nel

(indicare mese anno sessione)

A TAL FINE DICHIARA DI:

data e luogo di **prima Iscrizione**

essere tutt'ora iscritto all'Ordine Provinciale di

nell'Albo Medici Chirurghi dal

nell'Albo Odontoiatri dal.....

eventuale iscrizione nell'elenco Psicoterapeuti dal.....

di aver variato la propria residenza dal Comune di(prov.)

Vian..... cap.....

di esercitare la propria attività professionale nel Comune di

.....

Via.....n..... cap(Azienda

ASL.....)

quale medico:

a) di Medicina Generale-Assistenza Primaria

b) pediatra di libera scelta

c) libero professionista

d) specialista ambulatoriale

e) medicina dei servizi territoriali

f) medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura: ...

.....in Via

n.cap.



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**

REGISTRO PROTOCOLLO

N. _____

DICHIARA INOLTRE :

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 **AVERE** riportato condanne penali;
(nel caso di condanne penali indicare le stesse e 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 applicazione della pena su richiesta ex art. 444 c.p.p.(patteggiamento).....
.....

di godere dei diritti civili;

di **NON** essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

di **NON** essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici –Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun Albo nazionale e dei Paesi dell'Unione Europea;

di **ESSERE** in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'Enpam alla data di presentazione della domanda

di **NON** essere impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

di **NON** aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

di **impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione dei dati sopra riportati e/o una eventuale modifica/perdita di diritti, così come specificamente previsto dall'art. 64, commi 1 e 2, del Codice di Deontologia Medica.**



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DI VERCELLI**

REGISTRO PROTOCOLLO

N. _____

[] se in procinto di iscriversi o già iscritto all'Ordine dei Farmacisti, di optare per l'esclusivo esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o Odontoiatra (autocertificazione riservata unicamente ai medici ed agli odontoiatri in possesso anche del diploma di laurea in farmacia)

Il sottoscritto è consapevole che:

i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e alle finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati (fatta eccezione per le residenze, i recapiti telefonici e gli indirizzi e-mail) verranno inseriti nel sito internet dell'ente nonché in quello della F.N.O.M.C.E.O.

DA FIRMARE ALL'ATTO DELLA CONSEGNA

data, firma

.....

[] Presentazione diretta all'impiegato addetto

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del/della

Sig./Sig.ra _____
(Timbro e Firma dell'impiegato)