

MARCA DA  
BOLLO  
€ 16.00

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI CASERTA

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

**C H I E D E**

l'iscrizione, *per trasferimento*, all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI di Codesto Ordine.

a sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445),

**D I C H I A R A**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_;
- numero codice fiscale \_\_\_\_\_;
- di essere residente a \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_;
- di essere domiciliato nel Comune di: \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_;
- di esercitare nel Comune di: \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_;  
cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_;
- P.E.C. (legge 28.01.2009 n. 2) \_\_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_ (i Cittadini extracomunitari devono presentare fotocopia del permesso di soggiorno)
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di Abilitazione Professionale nella \_\_\_\_\_ sessione anno \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di: \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'Albo Provinciale degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ ed in precedenza all'Albo Provinciale degli Odontoiatri di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ (in caso di iscrizione a più Ordini Provinciali riportarli in ordine cronologico);
- di  essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di provenienza e all'ENPAM

(Segue retro)

Il/La sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di  non aver riportato condanne penali e/o di  aver 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 alle sentenze di patteggiamento)

- di  non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali

ovvero

- di  essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali: *specificare* \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_
- di  non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- di  non essere sottoposto a procedimenti per l'applicazione di misure di sicurezza;
- di  non essere sottoposto a procedimenti disciplinari pendenti;
- di  non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di  impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di  essere stato/a informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96;
- **domicilio presso cui inviare eventuali comunicazioni** (se diverso dalla residenza):

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto è consapevole che i dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per ottemperare alle attribuzioni e finalità istituzionali dell'Ordine; tali dati fatta eccezione della residenza, recapiti telefonici ed e-mail, verranno inseriti nel sito internet dell'Ordine e della FNOMCeO.

Il sottoscritto è, altresì, consapevole di decadere dai benefici conseguenti al provvedimento di iscrizione all'Albo degli Odontoiatri emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'art. 38, comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del funzionario incaricato/a a raccogliere la presente domanda

Timbro e firma dell'Incaricato  
che riceve l'istanza