

MODULO PER IL TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE

I moduli per iscriversi all'Albo Medici Chirurghi o all'Albo Odontoiatri (in bollo), per trasferirsi da altro Ordine (in bollo), per cancellarsi dall'Albo (in bollo), per la dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, per la dichiarazione sostitutiva di certificazione, per la richiesta di autorizzazione alla pubblicità sanitaria sono basati sui principi della semplificazione della documentazione amministrativa (T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) pertanto possono:

- 1) essere firmati presso gli Uffici dell'Ordine, in presenza dell'impiegato addetto**
- 2) inviati tramite fax purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo**
- 3) presentati allo sportello degli Uffici dell'Ordine purchè accompagnati dalla fotocopia di un documento di identità valido dell'interessato che sottoscrive il modulo.**

Nel caso al modulo si debbano allegare ricevute, fotografie e altra documentazione queste devono pervenire o essere presentate all'Ordine in originale, indipendentemente dalla procedura utilizzata per l'invio del modulo.

Per la presentazione della domanda di trasferimento da altro Ordine provinciale è necessario versare presso gli sportelli dell'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia una tassa per il trasferimento di € 26

Per il trasferimento dall'Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Pavia ad altro Ordine occorre contattare l'Ordine presso cui ci si vuole trasferire per la procedura da seguire senza presentare alcuna domanda all'Ordine provinciale di Pavia.

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO PROVINCIALE
PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE**

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

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione all'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI di codesto Ordine per trasferimento dall'Ordine di _____.

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – D.P.R. 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 personale responsabilità (art. 76 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- di essere cittadino/a _____;
- di essere residente in Via _____
- comune di _____ CAP _____ prov. _____
- telefono _____ cellulare _____
- e-mail _____; PEC _____
- con recapito postale in Via _____
- comune di _____ CAP _____ prov. _____
- codice fiscale _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria e protesi dentaria 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 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 sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri 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 procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs 196/2003.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

Il/la sottoscritto/a _____ nat__a
_____ il _____ residente in
_____ Via _____ n. ___ consapevole delle

responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. – DPR. 28 dicembre 2000, n. 445), dichiara sotto la propria personale responsabilità che

non risultano carichi pendenti né presso la Procura della Pretura né presso la Procura del Tribunale. Dichiara inoltre di godere dei diritti civili, e che non vi sono procedimenti e provvedimenti disciplinari in atto a suo carico.

DATA

Il /La dichiarante

.....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PAVIA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. – D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott.

_____ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve la dichiarazione

.....