

Marca da bollo
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO
ALBO ODONTOIATRI PER CITTADINI COMUNITARI
E CONTESTUALE AUTOCERTIFICAZIONE**

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari

Il/La sottoscritto/a _____
cognome *nome*

CHIEDE

il **trasferimento all'Albo Odontoiatri** di codesto Ordine.

A tal fine e ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____
- codice fiscale
- di essere residente a _____ Prov. _____ Cap _____
in via _____
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ Prov. _____ Cap _____
- di eleggere il proprio domicilio a _____ Prov. _____ Cap _____
in via _____
- tel. (dato facoltativo) _____ cell. (dato facoltativo) _____
- e-mail (dato facoltativo) _____
- pec (dato obbligatorio) _____
- di esercitare nel Comune di _____ Prov. _____ Cap _____
- di essere cittadino/a _____
- di aver conseguito il Diploma di Laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria il _____
presso l'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella _____ sessione relativa all'anno _____
presso l'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____
- di avere conseguito il Diploma di Specializzazione in _____
il _____ presso l'Università degli Studi di _____ riportando la votazione di _____
- di essere iscritto all'Albo Odontoiatri della provincia di _____
al numero d'ordine _____ con anzianità di iscrizione dal _____
- di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi della provincia di _____

Mod. E/OD

al numero d'ordine _____ con anzianità di iscrizione dal _____

- di essere già stato iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza ed all'ENPAM

Il/La sottoscritto/a, inoltre, *(barrare la voce che interessa)*

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e 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 aver riportato condanne penali
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare
- di godere dei diritti civili
- di non aver procedimenti o provvedimenti disciplinari in pendenza

Il/La sottoscritto/a,

DICHIARA

- 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 sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

A completamento della domanda si allegano i seguenti documenti:

1. due fotografie formato tessera;
2. fotocopia del tesserino del codice fiscale;
3. ricevuta di versamento di **€. 5,00**, quale Tassa di Iscrizione.

Il pagamento di cui ai punti n. 3 può essere effettuato secondo le seguenti modalità:

- versamento presso qualunque sportello del Banco di Sardegna Spa a favore dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice Ente 4299947** (CPRE);
- bonifico bancario su conto corrente intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice Iban IT38R0101517203000070303157**.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 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 del D.P.R. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Sassari, li _____

Firma _____

N.B. Alla domanda presentata, da persona diversa dal richiedente o a mezzo di servizio postale, deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.