

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO
DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING)
PER L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE IN PAESI
NON ADERENTI ALL'UNIONE EUROPEA**

Marca da bollo
€ 16,00

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

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ *cognome* _____ *nome* _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
in via _____
tel. _____ cell. _____
iscritto/a all'Albo _____ al numero d'Ordine _____
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi

DICHIARA

- di non aver riportato condanne penali relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi
- di non aver riportato sanzioni amministrative o disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi
- di aver riportato condanne penali e sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi che di seguito si specificano
- di aver in corso procedimenti penali relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi che di seguito si specificano

CHIEDE

a codesto Ordine il rilascio di un certificato di **Onorabilità professionale (Good standing)** in quanto intende esercitare la propria attività professionale nel seguente Paese non aderente all'Unione Europea

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 30.06.2003.

Sassari, lì _____ 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.