

Marca da bollo  
€ 16,00

**DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO  
ALBO MEDICI CHIRURGHI 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 Medici Chirurghi** 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 Medicina e Chirurgia 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 avere conseguito l'Attestato/Diploma di Formazione specifica in Medicina Generale ai sensi del  
 D.M. 10.10.1988                       D.Lgs. 256/1991                       D.Lgs. 368/1999  
presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**Mod. E/MC**

- di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi della provincia di \_\_\_\_\_  
al numero d'ordine \_\_\_\_\_ con anzianità di iscrizione dal \_\_\_\_\_
- di essere abilitato all'esercizio della Psicoterapia dal \_\_\_\_\_
- di essere iscritto all'Albo Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_  
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

**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 la seguente modalità:**

bonifico bancario su conto corrente intestato all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari - **Codice IBAN: IT32J0569611000000010183X95.**

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.

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli ai sensi dell'art. 13 del **Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR)**, dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento indicate negli 8 punti dell'informativa stessa.

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.**