

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
COMUNICAZIONI VARIE**

(Artt. 47 e 76 del D.P.R. n. 445/2000)

COMPILARE IN STAMPATELLO

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

Il/La sottoscritto/a _____
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, art. 47 consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per
dichiarazioni mendaci e formazione e uso di atti falsi,

comunica i seguenti dati personali:

DATI ANAGRAFICI

Titolo Dott. Dott.ssa Prof. Prof.ssa
Cognome _____ **Nome** _____
Luogo di Nascita _____ **Provincia** _____ **Data di nascita** ___/___/_____
Codice Fiscale * _____ **Partita IVA** _____
Laurea in: Medicina Odontoiatria
Conseguita il ___/___/_____
Presso Università di _____
Specialità in: _____ Conseguita il ___/___/_____
2° specialità in: _____ Conseguita il ___/___/_____
Titoli Accademici: _____
Iscritto all'Ordine Prov. Medici Chirurghi e Odontoiatri di _____
Albo Odontoiatri: Data di iscrizione ___/___/_____
N. iscrizione _____
Albo Medici: Data di iscrizione ___/___/_____
N. iscrizione _____
Esercizio Professionale: Libero Professionista Ospedaliero Universitario Convenzionato Ambulatoriale Altro
Eventuale Sede Ospedaliera/Universitaria: _____
Eventuale altra branca non odontoiatrica esercitata: _____

CONTATTI

E-Mail _____ Cellulare _____
PEC (Indirizzo di posta elettronica certificata) _____

RECAPITI (spuntare il recapito preferenziale per il ricevimento della corrispondenza) **Titolare**

Indirizzo studio principale:
Via _____ Città _____ CAP _____ si no
Prov. _____ Tel. _____ Fax _____

Indirizzo secondo studio:
Via _____ Città _____ CAP _____ si no
Prov. _____ Tel. _____ Fax _____

Indirizzo terzo studio:
Via _____ Città _____ CAP _____ si no
Prov. _____ Tel. _____ Fax _____

Indirizzo abitazione:
Via _____ Città _____ CAP _____ si no
Prov. _____ Tel. _____ Fax _____

In caso di variazioni dei dati su indicati, il/la sottoscritto/a, si impegna a darne tempestiva comunicazione all'Ordine.

Il/La sottoscritto/a autorizza, ai sensi del D. Lgs. n. 196 del 30.06.2003, a trattare i dati personali forniti, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, esclusivamente per attività istituzionali, precisando che il trattamento dei dati sarà effettuato sia manualmente che con mezzi informatici e telematici.

Luogo e data _____ Firma _____

Titolare del trattamento dati: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari
Responsabile del trattamento dati: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Sassari

N.B. Alla dichiarazione presentata, da persona diversa dal richiedente o tramite posta, fax e posta elettronica deve essere allegata copia di un documento di riconoscimento in corso di validità.