

**Richiesta per il Rilascio
del Certificato di Iscrizione all'Albo Professionale**

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri
della provincia di Sassari
ordine@omceoss.org
ordine.ss@pec.omceo.it

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il _____ a _____

residente in _____ via/piazza _____

C.A.P. _____

DICHIARA

- di essere iscritto/a All'Albo Medici Chirurghi al numero _____
- di essere iscritto/a All'Albo Odontoiatri al numero _____
- di non aver riportato condanne penali
- di non essere in atto sottoposto a procedimenti penali
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi

ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28.12.2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale D.P.R., sotto la propria personale responsabilità

CHIEDE IL RILASCIO

- Del **Certificato di Iscrizione all'Albo professionale**
- Del **Certificato di Onorabilità professionale – Good Standing** - da presentare presso l'Autorità Sanitaria del seguente Paese extra Unione Europea _____

L'Ordine rilascia ai propri iscritti, previa richiesta, il certificato di onorabilità professionale (Good Standing) per esercitare la professione in Paesi non aderenti all'Unione europea (esclusi la Svizzera e _____ i Paesi dell'area SEE).

L'attestazione di Good Standing utile ai fini della libera circolazione nei Paesi dell'Unione europea, dell'Area SEE (Norvegia, Islanda e Liechtenstein) e in Svizzera deve invece essere richiesta al Ministero della Salute.

I certificati sono soggetti all'imposta di bollo di €. 16,00 euro, salvo le esenzioni previste dal D.P.R. n. 642 del 26.10.1972 e da leggi speciali. A tal fine dichiara di aver diritto all'esenzione per il seguente uso

Data _____

Firma _____

Allega alla presente copia di un documento d'identità in corso di validità.