ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA
Via Guglielmo Nicastro, 50 – 97100 Ragusa
Tel. 0932.641366 – Fax 0932.254640 email info@ordinemediciragusa.it

MARCA DA BOLLO
€ 16,00

Domanda di Iscrizione all'albo cittadino Membro UE

_L_SOTTOSCRITT_DOTT._____

NAT_ A _____ (PROV _____) IL _____

CITTADIN_ _____ RESIDENTE IN (*)_____ (PROV. _____)

C.A.P. _____VIA _____N._____

TEL. _____ CELL. _____ E-MAIL_____

PEC _____

C.F._____

CHIEDE A CODESTO ORDINE QUALE **CITTADINO DI UNO STATO MEMBRO DELL'UNIONE EUROPEA**
l'**ISCRIZIONE**

all'**ALBO dei MEDICI-CHIRURGHI**

all'**ALBO degli ODONTOIATRI**

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI DI CUI ALL'ARTICOLO 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 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 D.P.R. 445/2000), SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ,

DICHIARA
☐ DI AVER CONSEGUITO LA **LAUREA** IN

☐ **MEDICINA E CHIRURGIA**

☐ **ODONTOIATRIA**

IN DATA _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI

CON VOTO _____**/**110_____

☐ DI AVER CONSEGUITO L'**ABILITAZIONE** ALL'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE NELLA

SESSIONE DI _____ PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI _____

_____ CON VOTO _____

OPPURE

☐ DI AVER CONSEGUITO IL **TIROCINIO ABILITANTE** ALL'ESERCIZIO PROFESSIONE DI MEDICO-CHIRURGO AI SENSI DELL'ART. 102, DEL DECRETO LEGGE N. 18 DEL 17 MARZO 2020 PRESSO L'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI RAGUSA
Via Guglielmo Nicastro, 50 – 97100 Ragusa
Tel. 0932.641366 – Fax 0932.254640 email info@ordinemediciragusa.it

DICHIARA INOLTRE:

□ DI **NON** AVER RIPORTATO CONDANNE PENALI E DI **NON** ESSERE DESTINATARIO DI PROVVEDIMENTI CHE
RIGUARDANO L'APPLICAZIONE DI MISURE DI SICUREZZA E DI MISURE DI PREVENZIONE, DI DECISIONI CIVILI E DIPROVVEDIMENTI 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 **AVERE** RIPORTATO CONDANNE PENALI

(NEL CASO DI CONDANNE PENALI INDICARE LE STESSE E PRODURRE LA RELATIVA DOCUMENTAZIONE IN COPIA CONFORME ANCHE QUALORA SIANO
STATI CONCESSI I BENEFICI DELLA SOSPENSIONE CONDIZIONALE DELLA PENA E DELLA NON MENZIONE DELLA CONDANNA NEL CERTIFICATO DEL
CASELLARIO GIUDIZIALE. LA DICHIARAZIONE DEVE INERIRE ANCHE LE SENTENZE DI PATTEGGIAMENTO):

_____

_____

□ DI **GODERE** DEI DIRITTI CIVILI

□ DI **NON ESSERE** INTERDETTO, INABILITATO NÉ SOTTOPOSTO A PROCEDURA FALLIMENTARE

_L_ SOTTOSCRITT_ , ALTRESÌ, DICHIARA DI **NON** ESSERE **MAI STATO** ISCRITTO NEGLI ALBI PROFESSIONALI DI ALTRO ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DEL TERRITORIO NAZIONALE

(DIVERSAMENTE INDICARE DOVE E QUANDO)
_____
□ DI **NON ESSERE** STATO CANCELLATO DA ALTRO ORDINE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI PER MOROSITÀ E IRREPERIBILITÀ **NÉ** DI ESSERE STATO RADIATO O SOSPESO PER MOTIVI DISCIPLINARI O PENALI DA ALCUN ALBO PROVINCIALE

□ DI **NON** AVER PRESENTATO RICORSO ALLA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE 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

□ **DICHIARA** DI AVER **PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI** di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul **TRATTAMENTO DEI DATI**

Data _____ ***Firma*** _____