

(Bollo € 16,00)

**DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE**

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI  
CHIRURGHI E ODONTOIATRI DI  
SONDRIO

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_;
- codice fiscale \_\_\_\_\_; e-mail \_\_\_\_\_;
- \* di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_/ Cell. \_\_\_\_\_ indirizzo e-mail \_\_\_\_\_; oppure di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- \* di esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi/odontoiatri di \_\_\_\_\_ (data Prima Iscrizione \_\_\_\_\_ Ordine Provincia di \_\_\_\_\_);
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Data .....

Firma .....

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI SONDRIO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott. \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

.....