

Ill.mo Sig. Presidente
della Camera di Conciliazione istituita
dall'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
e dall'Ordine degli Avvocati della Provincia di Messina

Il sottoscritto Dott., sotto la propria
responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA:

- di essere nato a il
- codice fiscale
- cittadinanza
- di essere residente a in via
..... CAP
- tel. cell.....
- e-mail

- di essersi laureato in medicina e chirurgia / odontoiatria e protesi dentaria
presso l'Università di il..... con voto

- di essersi abilitato all'esercizio della professione di medico chirurgo / odontoiatra presso l'Università
di nella sessione mese e anno

- di essere iscritto all'albo dei medici chirurghi / degli odontoiatri dell'Ordine della Provincia
di.....

- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
(indicare titolo, università, data e voto conseguimento)
-
-
-
-

- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione;
 di avere riportato le seguenti condanne penali definitive:
- di non avere carichi penali pendenti / di avere i seguenti carichi penali pendenti:
- di godere dei diritti civili / di non godere dei diritti civili (indicare motivazione)
- di non avere subito sanzioni disciplinari emesse dall'Istituzione ordinistica;
- di non essere stato cancellato per morosità e/o 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 professionale;
- 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 del Decreto Legislativo 30/06/2003 n. 196.

CHIEDE

l'iscrizione all' **Albo dei Medici Legali** / **Albo dei Medici Specialisti** / **Albo degli Odontoiatri**

Allega:

- **curriculum professionale** (per Chirurghi, anche indicazione di numero e tipologia di interventi eseguiti, siglati da Direttore Sanitario; per Ginecologi, anche indicazione di numero e tipologia di parti spontanei e cesarei eseguiti, siglati da Direttore Sanitario);
- **fotocopia di un documento di identità.**

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR 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 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Al fine del regolare funzionamento della Camera di Conciliazione autorizzo la pubblicazione e divulgazione dei miei dati ai sensi del DL 196/2003.

Luogo e Data.....

Firma

SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI DELL'ORDINE

Il sottoscritto attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445,
che il Dott. ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

data
firma dell'incaricato che riceve l'istanza