

# ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI

Marca da  
bollo  
€ 14,62

## ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FIRENZE.

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa .....

### CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo dei Medici-Chirurghi di Firenze ed in proposito

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000:

1. di essere nato/a a ..... (.....) il .....
2. di essere di cittadinanza .....
3. di essere iscritto nel registro dell'anagrafe della popolazione residente nel Comune di ..... in Via ....., CAP ....., telefono ..... e-mail .....
4. di aver conseguito la Laurea in Medicina e Chirurgia presso l'Università di ..... in data ..... con voto .....
5. di aver conseguito l'abilitazione all'esercizio della professione di Medico - Chirurgo presso l'Università di ..... nella sessione ..... con voto .....
6. di non essere mai stato iscritto/a ad alcun altro Ordine Provinciale dei Medici e degli Odontoiatri in Italia;
7. di non esercitare la professione di farmacista;
8. di non essere impiegato/a a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
9.  di avere riportato condanne penali;  di non avere riportato condanne penali (barrare la voce che interessa);
10. di godere dei diritti civili;
11. di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie od ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo;
12. di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione dei dati dichiarati;
13. di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della L. 675/96;

Il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e dichiarazioni mendaci (art. 76 D.P.R. 28/12/2000 n. 445) e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 D.P.R. n. 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Firenze, .....

Firma

---

**- PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA**

*Identificato/a con documento di riconoscimento .....*

*n. .... rilasciato da .....*

*in data ....., e visto firmare*

**L'impiegato addetto**

.....

**- INVIO DELLA DOMANDA PER POSTA**

**Ai sensi dell'art. 38 D.P.R. n. 445/2000 deve essere allegata fotocopia non autenticata di un documento di identità.**