

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI
ODONTOIATRI PER MEDICI GIA' ISCRITTI ALL'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

C H I E D E

di essere iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di Firenze ed in proposito

D I C H I A R A

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

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 , città , telefono
4. di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di Firenze con n. dal

di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia anteriormente al 28.01.1980 OPPURE di essere in possesso della specializzazione in

Il sottoscritto dichiara, inoltre:

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della L.675/96.

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Firenze, _____

Firma _____

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE
PERSONALE DELLA DOMANDA**

Identificato con documento di riconoscimento _____
numero _____ rilasciato in data _____
da _____

e visto firmare

l'impiegato addetto - _____