

Marca
da bollo

€ 14,62

DOMANDA DI TRASFERIMENTO DELL'ISCRIZIONE DALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI

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

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa
nato/a a (.....) il, residente in
Via, città,
provincia, Cap, telefono, C.F.
....., laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di
..... il giorno, abilitato
all'esercizio della professione presso l'Università di
....., nella sessione di iscritto
all'Albo dei Medici Chirurghi di Firenze al n. in possesso della
specializzazione/libera docenza in, oppure iscritto alla
Facoltà di Medicina anteriormente al 28.01.1980

CHIEDE

l'iscrizione, ai sensi dell'art. 1 del D.M. 30.01.1986, all'Albo degli Odontoiatri per
trasferimento dall'Albo dei Medici Chirurghi.

Il sottoscritto dichiara:
di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento cui sono
destinati i dati personali ai sensi della legge 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 - _____