

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI  
(PER MEDICI GIA' ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI)**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Firenze

Cognome   
Nome

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione all'Albo degli Odontoiatri della provincia di Firenze e, ai sensi e per gli effetti del DPR 28/12/2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni previste dall'art. 76 di tale DPR, sotto la propria personale responsabilità, DICHIARA:

Luogo di nascita  Provincia

Data nascita  Codice Fiscale

Codice ENPAM

attuale iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di Firenze al n.  dal giorno

di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia anteriormente al 28/01/1980

**OPPURE**

di essere in possesso della specializzazione universitaria in campo odontoiatrico:

conseguita presso l'Università di   
 il giorno  con votazione

di impegnarsi a segnalare tempestivamente qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti

di essere stato informato sulle finalità e modalità di trattamento dei dati personali, ai sensi del D.Lgs. n. 196 del 2003 e s.m.i. e del Regolamento UE 679/2016 e di manifestare consenso, con la sottoscrizione della presente, al trattamento dei dati personali

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

La presente domanda con contestuale autocertificazione deve essere firmata in presenza del dipendente dell'Ordine addetto a riceverla, ovvero, se recapitata per posta o per PEC, deve essere accompagnata dalla fotocopia di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Spazio riservato all'Ufficio

Identificato con documento di riconoscimento \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_  
in data \_\_\_\_\_ con scadenza \_\_\_\_\_ e  
visto firmare.

L'impiegato addetto \_\_\_\_\_