

## DOMANDA DI ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE PROVINCIALE

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

Cognome   
Nome

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione **per trasferimento all'**

Albo dei Medici Chirurghi

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

Residenza anagrafica: Via/Piazza

Comune  Provincia

Cap

Telefono fisso  Telefono mobile

Email

PEC

(se diverso dalla residenza anagrafica) Domicilio speciale eletto:

Via/Piazza  Cap

Comune  Provincia

Cittadinanza

Laurea in  Medicina e Chirurgia  Odontoiatria conseguita presso l'Università di   
 il giorno  con votazione

Abilitazione alla professione conseguita presso l'Università di   
nella sessione  con votazione

Specializzazione  universitaria  o  Libera  Docenza  in   
 conseguita presso  
l'Università di  il giorno  con votazione

Specializzazione  universitaria  o  Libera  Docenza  in   
 conseguita  
presso l'Università di  il giorno  con votazione

Dottorato di Ricerca in   
conseguito presso l'Università di  il giorno  con  
votazione

Master Universitario in   
conseguito presso l'Università di  il giorno  con  
votazione

Abilitazione all'esercizio della Psicoterapia (Legge n. 56 del 18/02/1989) in data

Titolo di formazione in Medicina Generale (D.Lgs. n. 256 del 08/08/1991 e D.Lgs. n. 368 del 17/08/1999) in data  Regione

di essere attualmente iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della  
provincia di  con iscrizione n.   
dal giorno

di essere stato/a iscritto/a in precedenza ai seguenti Ordini provinciali:

provincia		con iscrizione n.	
dal giorno		al giorno	
provincia		con iscrizione n.	
dal giorno		al giorno	
provincia		con iscrizione n.	
dal giorno		al giorno	

di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine ove attualmente è iscritto/a e all'ENPAM

di non avere procedimenti disciplinari in corso da parte dell'Ordine ove attualmente è iscritto/a

di essere  di non essere a conoscenza di essere attualmente sottoposto a procedimenti penali

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 \_\_\_\_\_