

**DOMANDA DI PRIMA ISCRIZIONE ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI
(CITTADINANZA ITALIANA O UE)**

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

Cognome
Nome

Il/La sottoscritto/a CHIEDE l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi 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

Residenza anagrafica: Via/Piazza

Comune Provincia

Cap

Telefono fisso Telefono mobile

Email

(se diverso dalla residenza anagrafica) Domicilio speciale eletto:

Via/Piazza Cap

Comune Provincia

Cittadinanza

Laurea in Medicina e Chirurgia conseguita presso l'Università di

il giorno con votazione

Abilitazione alla professione di Medico Chirurgo conseguita presso l'Università di

nella sessione con votazione

di avere di non avere riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa

di avere di non avere riportato condanne penali che non sono soggette ad iscrizione nel Casellario Giudiziale ai sensi della vigente normativa

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

di godere dei diritti civili

di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione

di essere di non essere stato iscritto in altro Albo dei Medici Chirurghi in Italia o in uno dei Paesi dell'Unione Europea (in caso affermativo indicare dove

)

di non essere stato cancellato per morosità o irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo dei Medici Chirurghi d'Italia

di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o altro organo giurisdizionale avverso il rigetto della domanda di iscrizione all'Albo

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 _____