

ISCRIZIONE MEDICI LAUREA ABILITANTE art. 102 D.L. 17.3.20, n.18 (GU n.70 del 17.3.20)
Convertito in Legge n.27 il 24 aprile 2020

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della Provincia di Rovigo**
PEC: segreteria.ro@pec.omceo.it

Il/la sottoscritto/a _____

dichiaro/a di trovarsi nella fattispecie di cui all'art.102 del decreto-legge n.18 del 17.03.20

CHIEDE

l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi di codesto Ordine.

Il/la sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n.445,

DICHIARA

di essere nato/a a _____ prov.

_____ il _____; Codice fiscale

_____ di essere residente a

_____ cap. _____ prov.

_____ in Via _____ n° _____;

di essere domiciliato a _____ cap. _____

prov. _____; Via _____ n° _____;

Tel. _____ Cell. _____;

e-mail _____;

pec _____;

di essere

cittadino/a _____

di aver conseguito il diploma di laurea abilitante, in Medicina Chirurgia in data _____,

presso l'Università degli Studi di: _____

(indicare esatta denominazione), con voto _____

- ☐ di **NON** aver riportato condanne penali e di non essere destinatario/a 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 **NON** essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- ☐ di **NON** aver riportato condanne penali per le quali è prevista la menzione nel certificato del casellario giudiziale ad uso amministrativo – art. 39 D.P.R. 313/2002 – D. Dirig. Min. Giustizia 11/02/2004;
- ☐ di **AVER** riportato condanne penali; (nel caso di condanne indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento):

-
- ☐ di **godere dei diritti civili.**
 - ☐ di **NON** essere interdetto, inabilitato, né sottoposto a procedura fallimentare.

Il/la sottoscritto/a, inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto/a in altro Albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato/a a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere al corrente delle modalità di trattamento dei dati personali da parte dell'Ordine ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27/04/2016 come da informativa pubblicata sul sito web.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Data _____

Firma _____

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ROVIGO

La sottoscritta _____ incaricata,

ATTESTA, ai sensi della legge 445/2000 che il Dott./Dr.ssa

_____ identificato a

mezzo di _____ ha

sottoscritto in sua presenza l'istanza.

DATA.....

Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza

.....