

(bollo)

DOMANDA DI TRASFERIMENTO AD ALTRO ALBO PROVINCIALE

**AII' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia**

Il/la sottoscritto/a Dott. _____

CHIEDE

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI/ ODONTOIATRI di codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente a _____ prov. _____ in via _____, Tel _____;
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di _____ prov. _____;
- di esercitare nel Comune di _____ prov. _____;
- di avere conseguito il diploma di laurea in medicina e chirurgia / odontoiatria il _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____ presso l'Università degli Studi di _____;
- di essere iscritto all'albo provinciale dei medici chirurghi /odontoiatri di _____;
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM;
- di non aver riportato condanne penali;
- di non avere procedimenti penali e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza.

Il sottoscritto, inoltre, dichiara:

- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

FIRMA

.....

Data

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott.
_____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

DOMANDA DI CONCORSO (in carta semplice)

**Al Sig. Presidente
dell' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia**

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

di essere ammesso/a a partecipare al concorso pubblico per

A tal fine il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15), pena l'esclusione dal concorso, sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____;
- codice fiscale _____;
- di essere residente in _____ prov. _____;
- in via _____, Tel _____;
- di essere in possesso della cittadinanza _____ (italiana o di Stato appartenente all'Unione europea);
- di essere iscritto/a nelle liste elettorali del Comune di _____ (se non iscritto/a indicare i motivi della non iscrizione o della cancellazione dalle liste); se cittadino di uno dei paesi dell'U.E., di godere dei diritti civili e politici dello Stato di appartenenza o di provenienza, ovvero _____;
- di non aver riportato condanne penali e di non avere carichi pendenti (in caso contrario indicare le eventuali condanne penali riportate e gli eventuali carichi pendenti);
- di essere in possesso del diploma di _____ conseguito presso l'istituto _____ in data _____;
- di essere, nei riguardi degli obblighi militari di leva, nella posizione _____;
- di avere diritto ai seguenti titoli di preferenza o precedenza, ex art. 5 DPR n. 487 del 9.5.1994, _____;
- di non avere precedentemente prestato servizio presso pubbliche amministrazioni ovvero i servizi prestati e le eventuali cause di risoluzione _____;

- di possedere (se cittadino di un paese dell'U.E.) adeguata conoscenza della lingua italiana.

Il/La sottoscritto/a dichiara, infine, di aver preso visione del relativo bando di concorso e di accettare tutte le condizioni in esso stabilite.

Il/la sottoscritto/a chiede che ogni comunicazione relativa al presente concorso sia inviata con la seguente intestazione e indirizzo impegnandosi a comunicare le eventuali variazioni successive e riconoscendo che l'ente non assume alcuna responsabilità in caso di irreperibilità del destinatario:

(indirizzo comprensivo del numero di codice di avviamento postale)
recapito telefonico _____

FIRMA
.....

Luogo e data

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il/la
Sig./ra _____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza
.....

**Domanda di autorizzazione alla pubblicità sanitaria ai sensi dell'art. 2
della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del Decreto ministeriale 16
settembre 1994, n. 657**

(INOLTRATA ALL'ORDINE PROVINCIALE OVE IL SANITARIO E' ISCRITTO OVVERO PRESSO L'ORDINE DELLA PROVINCIA IN CUI INTENDE DIFFONDERE IL MESSAGGIO PUBBLICITARIO)

**Al Consiglio dell' ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
Isernia**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- di essere nato/a a _____ il _____

- di essere residente in _____

prov. _____ via _____ n. _____ Tel. _____

- con studio sito in _____ Via _____, n. _____

Tel. _____ Cap. _____ ;

- di essere iscritto nell'albo:

Medici chirurghi con posizione n. _____ Prov. di _____

Odontoiatri con posizione n. _____ Prov. di _____

Annotazione ex art. 5 legge 24 luglio 1985, n. 409

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/ carriera/ onorificenze

_____;

di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in _____

dal _____ al _____ per complessive
ore settimanali _____ presso _____

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978
n. 833)

CHIEDE

Che Codesto Ordine voglia esprimere il proprio nulla osta in merito al seguente testo pubblicitario:
(1) (2)

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

TARGA MURARIA (3) (4) delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 50)

_____ caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) _____

INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI (5) delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x
10) _____

RICETTARIO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita
l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

DATA

FIRMA

.....

.....

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il/la
Dott./Dott.ssa _____ identificato/a a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....

Marca da bollo € 14.62

Domanda di autorizzazione alla pubblicità sanitaria ai sensi dell'art. 2 della legge 5 febbraio 1992 n. 175 e del Decreto ministeriale 16 settembre 1994, n. 657

AL SINDACO DEL COMUNE DI

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

- di essere nato/a _____ il _____

- di essere residente in _____

prov. _____ via _____, n. _____ Tel. con studio

sito in _____ via _____, n. _____

Tel. _____ Cap. _____ ;

- di essere iscritto nell'albo:

Medici chirurghi con posizione n. _____ Prov. di _____

Odontoiatri con posizione n. _____ Prov. di _____

Annotazione ex art. 5 legge 24 luglio 1985, n. 409

- di essere in possesso dei seguenti titoli accademici/ carriera/ onorificenze

di aver conseguito il diploma di specializzazione in

di avere esercitato/ di esercitare, ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, la disciplina specialistica in _____ dal _____ al _____ per complessive ore settimanali _____ presso _____

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre 1978 n. 833)

CHIEDE

che codesta Amministrazione voglia rilasciare l'autorizzazione necessaria a pubblicizzare il seguente testo: (1) (2)

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

- TARGA MURARIA (3) (4) delle seguenti dimensioni (max cm. 50 x 50) _____ caratteri delle seguenti dimensioni (max cm. 8) _____
- INSERZIONI SU ELENCHI TELEFONICI (5) delle seguenti dimensioni (max cm. 5 x 10) _____
- RICETTARIO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, sotto la propria responsabilità che i locali dove esercita l'attività professionale non configurano un ambulatorio ma studio.

DATA

FIRMA

.....

.....

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'

(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)

Il/la sottoscritto/a Dott. _____
nato/a __ a _____ il _____ residente
in _____ Via _____ n. _____,
iscritto/a___ all'Albo _____ con numero
d'ordine _____, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla
legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),
sotto la propria personale responsabilità

DICHIARA

ai sensi dell'art. 1, comma 4° della legge 175/92, di aver esercitato / di esercitare la
disciplina specialistica in
dal alper complessive ore settimanali
presso.....
.....

(indicare la struttura sanitaria o l'istituzione privata di cui all'art. 43 della legge 23 dicembre
1978, n. 833)

Data
.....

IL DICHIARANTE
.....

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO
SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

**ORDINE PROVINCIALE DEI
MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
di Isernia**

Il sottoscritto _____ incaricato,
ATTESTA, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott.
_____ identificato a mezzo di
_____ ha sottoscritto in sua presenza
l'istanza.

DATA

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....