DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
(Art. 47 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91
SEDE ATTIVITA' PROFESSIONALE

Il/La sottoscritto/a Dott._____
nato/a a_____ il_____
residente a_____

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445.

dichiara

di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____
Via_____ quale medico:

(*) : a) libero professionista b) di medicina generale
c) pediatra di libera scelta d) specialista convenzionato esterno

OPPURE

dichiara di esercitare attività convenzionata per la:

(*) e) medicina dei servizi
f) guardia medica
g) specialista ambulatoriale presso il presidio ASL di_____Via_____;

OPPURE

h) quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura_____

_____

i) quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di libera collaborazione coordinata e continuativa.

Si rende la presente dichiarazione al fine di:

☐ ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di per trasferimento dall'Ordine di_____Albo_____
☐ mantenere l'iscrizione presso Codesto Ordine.

IL DICHIARANTE_____

Luogo e data _____

DA ALLEGARE:
1) alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella Provincia della Sede della attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
2) alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione nella Provincia della Sede della attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra Provincia.

(*} Barrare le voci che interessano