

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 sottoscritt ___ Dott. _____ nat ___ a _____
_____ il _____ residente in _____,
Via _____ n. _____,

Tel. _____ e-mail: _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

dichiara di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____

Via _____ quale medico

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

OPPURE

dichiara di esercitare attività convenzionata per la (1): e) medicina dei servizi

f) guardia medica g) specialistica ambulatoriale presso il presidio di
Via(ASS n. 6);

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 di dichiarazione al fine di :

- ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di PORDENONE per trasferimento dall'Ordine di Albo.....;

Desidera ricevere la corrispondenza:

- presso la residenza;
 presso la sede della attività professionale.

IL DICHIARANTE

Pordenone,

DA ALLEGARE

- alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione, nella Provincia di PORDENONE della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;

(1) Barrare le voci che interessano

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA

PARTE RISERVATA ALL'ORDINE, DA COMPILARE NEL CASO DI PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DI PORDENONE

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' art. 30 del T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. _____ identificato a mezzo di _____ ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Pordenone,

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....