

**Al Presidente  
Dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di E N N A**

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ Dr. \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

IL TRASFERIMENTO ALL'ALBO \_\_\_\_\_ di Codesto Ordine.

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, 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. 76 D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445)

**DICHIARA**

- a) di essere nat\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_;
- b) codice fiscale \_\_\_\_\_;
- c)  di essere residente a \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_) in Via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ - Tel. \_\_\_\_\_;  di avere in corso la pratica di  
trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_);  di  
esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_\_);
- d) di avere conseguito il diploma di laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_ con il voto di \_\_\_\_\_;
- e) di avere superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione \_\_\_\_\_ presso  
l'Università di \_\_\_\_\_;
- f) di essere iscritto all'Albo \_\_\_\_\_ della Provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_;
- g) di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'ENPAM
- h) di non aver riportato condanne penali;
- i) di non avere procedimenti penali e procedimenti disciplinari pendenti.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_, 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 del D. Lgs. N. 196/2003.

**FIRMA**

Enna, li \_\_\_\_\_

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

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI DI ENNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi del D.P.R.

28 dicembre 2000 n. 445 che il Dott. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Enna li \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve la dichiarazione

\_\_\_\_\_