

Bollo  
€ 16,00

**Al Presidente  
Dell'Ordine dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri  
di ENNA**

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

**CHIEDE**

l'iscrizione all'ALBO DEGLI ODONTOIATRI 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. \_\_\_\_\_;
- d) di essere cittadin\_\_ \_\_\_\_\_;
- e) di essere in possesso dell'annotazione all'Albo degli Odontoiatri ex art. 5 della legge n. 409/85 dal  
\_\_\_\_\_ presso l'Ordine di Enna;
- f) di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi dal \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_;
- g) di non aver riportato condanne penali;
- h) di godere dei diritti civili.

\_\_l\_\_ sottoscritt\_\_ , inoltre, dichiara:

- di non essere iscritto in altro albo provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun albo provinciale;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo;
- 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**

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

\_\_\_\_\_