

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 _____
cell. _____ 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 prevalentemente l'attività professionale nei locali siti nel Comune di _____
Via _____ presso _____
_____ quale medico/odontoiatra:

- (*) **a)** libero professionista **b)** direttore sanitario **c)** di medicina generale
 d) pediatra di libera scelta **e)** specialista convenzionato esterno

Oppure

Dichiara di esercitare attività convenzionata per la:

- (*): **f)** medicina dei servizi **g)** guardia medica **h)** specialistica ambulatoriale presso il presidio di
Via (USL)

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:
l) quale medico specializzando ai sensi della direttiva 93/16/CEE e del D.L. 08/08/91 N.257 dell'Università di Scuola di:

ED ALTRESI'

Dichiara di eleggere domicilio in via
..... cap telefono

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.....(in tale caso è invitato a contattare l'Ordine in cui intende trasferirsi per espletare la pratica di trasferimento)
- mantenere l'iscrizione presso codesto Ordine
- ricevere ogni corrispondenza presso: la propria residenza / il proprio domicilio.

Data: _____ IL DICHIARANTE (°): _____

DA ALLEGARE :

- Alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- Alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.

(*) Barrare le voci che interessano

(°) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata o trasmessa a mezzo fax o altro mezzo telematico unitamente a copia fotostatica di documento, (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n 445)

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 BOLOGNA

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' art.
30 T.U. - DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott.
_____ identificato a mezzo di
n. _____
rilasciato il _____ da _____ scadenza _____
ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Data _____ Firma del legalizzante _____
(qualifica professionale C2 / B3)