



**"QUESTO MODULO E' SOGGETTO A REVISIONE CONTINUA DI QUALITA' PERTANTO SONO GRADITE PROPOSTE DI MODIFICA"**



Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Latina - Piazza Angelo Celli, 3 - 04100 Latina  
Tel 0773/693665 - Fax 0773/489131 - info@ordinemedicilatina.it - www.ordinemedicilatina.it

## "DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA" (Sostituisce l'Attestato di iscrizione all'Ordine)

Spett. le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La Sottoscritta

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Consapevole che in caso di mendaci dichiarazioni il Dpr 445/2000 prevede sanzioni penali e decadenza dai benefici (artt. 76/75) e informato/a che i dati forniti saranno utilizzati ai sensi del D.lgs 196/2003 e S.M.I.,

### DICHIARA

- Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Latina al n° \_\_\_\_\_ dell'Albo dei Medici Chirurghi/Odontoiatri.

- Di essere in possesso del diploma di laurea in Medicina e Chirurgia e/o diploma di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria  
Conseguito il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ presso \_\_\_\_\_

- Di essere abilitato/a alla professione di medico/odontoiatra avendo superato l'esame di stato presso \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_/\_\_\_\_

# “DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA” (Sostituisce l’Attestato di iscrizione all’Ordine)

- Di essere in possesso della seguente qualifica professionale/titolo di specializzazione:

## Specializzazione

1 In   
Università degli Studi di   
giorno / mese / anno con voto , su lode

2 in   
Università degli Studi di   
giorno / mese / anno con voto , su lode

## Dottorato di Ricerca

in   
Università degli Studi di   
giorno / mese / anno con voto , su

## Master

1  2  
in   
Università degli Studi di   
giorno / mese / anno con voto , su

## Diploma di formazione specifica in medicina generale conseguito il

giorno / mese / anno Regione

**“DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA”**  
**(Sostituisce l’Attestato di iscrizione all’Ordine)**

ESERCENTI ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA

COMPETENTI IN MATERIA DI LAVORO

AUTORIZZATI SORVEGLIANZA LAVORATORI ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI

SPECIALISTI EQUIPARATI

Dichiara di possedere il seguente requisito utile per l'iscrizione in detto elenco:

FIRMA

DATA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La firma NON deve essere autenticata e la sottoscrizione NON deve essere necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

**Allegare fotocopia documento di riconoscimento valido**