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

DOMANDA DI RILASCIO DEL GOOD PROFESSIONAL STANDING- GPS
PER PAESI EXTRA UE

ATTENZIONE: Il rilascio del GPS è subordinato al possesso della Carta Professionale Europea, pertanto chi non ne è ancora in possesso deve inviare una foto tessera in formato jpeg a info@ordinemedicilatina.it per la sua predisposizione.

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI LATINA

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo ☐ n. posizione ☐☐☐☐☐☐☐

oppure

Odontoiatra ☐ n. posizione ☐☐☐☐☐☐☐

CHIEDE IL RILASCIO DEL
GOOD PROFESSIONAL STANDING (GPS)

Ai fini della documentazione necessaria per l'esercizio della professione nel/nei seguente/i Stato/i extra UE

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA

di esercitare la professione in Italia presso :

1)

in qualità di

presso:

2)

in qualità di

Barrare la casella bianca in corrispondenza della situazione posseduta

☐	di NON aver riportato sanzioni né di essere attualmente sottoposto a procedimento disciplinare nelle strutture dove ho svolto e dove svolgo la professione;
☐	di NON aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
☐	di NON essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in atto;
☐	di NONaver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
☐	di avere riportato condanne penali (*nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. La dichiarazione deve riguardare anche le sentenze di patteggiamento);*
☐	di godere dei diritti civili;
☐	di NONessere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
☐	di NONessere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun albo professionale di altro Ordine;
☐	di NONessere oggetto di querele o reclami aperti o in corso;
☐	di NON avere presentato querele o reclami aperti o in corso;
☐	di NON avere presentato querele o reclami aperti o in corso;

Il /La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.

Allegare una marca da bollo da Euro 16,00 da applicare sul certificato all'atto del ritiro.

data ☐☐/☐☐/☐☐☐☐ firma

L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina con sede legale in Piazza A. Celli, 3 Latina, titolare del trattamento, La informa che il trattamento dei suoi dati sarà effettuato per la gestione della sua richiesta relativa alla domanda di rilascio del Good Professional Standing ai sensi dell'art 13 del Regolamento EU 679/2016.