



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 INSERIMENTO ALBO TITOLI STUDIO/ACCADEMICI**

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo  oppure Odontoiatra  n. posizione

**DICHIARO DI POSSEDERE I SEGUENTI TITOLI DI STUDIO/ACCADEMICI**

Specializzazione

1°

in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode

/  /   ,  /

anno accademico di immatricolazione  /

2°

in

Università degli Studi di

giorno mese anno con voto su lode

/  /   ,  /

anno accademico di immatricolazione  /

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

giorno mese anno regione

/  /

Io sottoscritto/a, (barrare la casella corrispondente)

consapevole delle sanzioni penali di cui all'articolo 76 del DPR n. 445 del 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), dichiaro che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.

oppure

allego alla presente copia/e de/il titolo/i sopra specificato/i e, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 47 e 76 del D.P.R. n.445/2000, dichiaro che la/e stessa/e è/sono autentica/che e conformi all'originale.

Allego fotocopia di documento valido di riconoscimento.

data

 /  / 

firma