



COMPETENZE ACQUISITE PER LEGGE

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

Il/La sottoscritto/a

Cognome

Nome

Medico Chirurgo

oppure

Odontoiatra

n. posizione

CHIEDO CHE IL MIO NOMINATIVO SIA INSERITO NELL'ELENCO SPECIALE : (barrare)

ESERCENTI ATTIVITA' PSICOTERAPEUTICA

COMPETENTI IN MATERIA DI LAVORO

AUTORIZZATI SORVEGLIANZA LAVORATORI ESPOSTI RADIAZIONI IONIZZANTI

SPECIALISTI EQUIPARATI

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

Il sottoscritto/a (barrare la casella corrispondente)

Dichiaro che il titolo sopra specificato è stato già depositato presso l'Ordine.

oppure

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.

Autorizzo l'Ordine alla trasmissione a terzi, laddove richiesto, dell'elenco ove sarà incluso il mio nominativo unitamente ai dati relativi alla mia residenza.

Ogni vostra comunicazione dovrà essere inviata al seguente recapito:

Città

prov

cap

Via/Piazza

civ

Recapito telefonico

Allego fotocopia di documento valido di riconoscimento.

data

 / /

firma