



Camera di Conciliazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Ordine degli Avvocati
della provincia di Palermo

**DOMANDA DI INSERIMENTO
ALBO DEI MEDICI LEGALI / MEDICI-SPECIALISTI / ODONTOIATRI
CAMERA DI CONCILIAZIONE
PALERMO**

Ill.mo Sig. Presidente della Giunta della Camera di Conciliazione
istituita dall' Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri e dall'Ordine degli Avvocati
della Provincia di Palermo

Il sottoscritto Dott.

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell' articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445,

DICHIARA:

- di essere nato ail
- di essere cittadino
- di essere residente a in via
- CAP..... tel.cell.....
- e-mail
- di essersi laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di.....
- il..... con voti
- di essersi abilitato all'esercizio della professione nella sessione.....
- presso l'Università di
- di essere iscritto all'Albo Medici Albo Odontoiatri
- dell'Ordine della Provincia di.....
- di essere in possesso delle seguenti specializzazioni:
- in.....conseguita il..... presso l'Università di.....con voto.....
- in.....conseguita il..... presso l'Università di.....con voto.....
- in.....conseguita il.....presso l'Università di.....con voto.....
- che il proprio codice fiscale è



Camera di Conciliazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Ordine degli Avvocati
della provincia di Palermo

- di non aver riportato condanne penali e non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e di misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa
- di essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali - si - no
- di aver riportato condanne penali soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale – si - no
- di godere dei diritti civili
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale
- di non aver presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso diniego di iscrizione all'Albo
- di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto Legislativo n. 196 del 2003
- il/la sottoscritto/a , consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci è 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 quanto sopra corrisponde al vero;

N° e tipologia di interventi eseguiti siglati da Direttore Sanitario (Per Chirurghi) (da allegare)

N° e tipologia di interventi, parti spontanei e cesarei eseguiti siglati da Direttore Sanitario (Per Ginecologi) (da allegare).....

CHIEDE

l'iscrizione all'**Albo dei Medici Legali** **Albo dei Medici Specialisti** **Albo degli Odontoiatri**

Luogo e Data.....

Firma

.....

Al fine del regolare funzionamento della Camera di Conciliazione autorizzo la pubblicazione e divulgazione dei miei dati ai sensi del DL 196/2003.

Si allega curriculum professionale

Si allega fotocopia di un documento di identità



Camera di Conciliazione
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Ordine degli Avvocati
della provincia di Palermo

Spazio riservato all'Ordine:

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il

Dott. Identificato a mezzo di

N° rilasciata il a ha
sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Palermo.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....