

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI PER MEDICI GIA' ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI MASSA CARRARA

Il/La sottoscritto/a Dott. /Dott.ssa

CHIEDE

di essere iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di Massa Carrara ed in proposito

DICHIARA

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28/12/2000 n. 445:

1. di essere nato/a a () il ;

2. di essere di cittadinanza ;

3. di essere residente nel Comune di

in Via cap città

telefono

indirizzo email

pec

4. di essere iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di Massa Carrara con n.

dal ;

5. di essersi immatricolato al corso di laurea in Medicina e Chirurgia anteriormente

al 28.01.1980 OPPURE di essere in possesso della specializzazione

in ;

Il sottoscritto prende atto della informativa resa ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento 2016/679/UE e accorda liberamente e volontariamente, ove richiesto, il consenso per le finalità indicate a che i propri dati personali possano essere trattati ed essere oggetto di comunicazioni ai soggetti per gli adempimenti connessi all'incarico conferito.

L'informativa sulla privacy è disponibile al link http://www.ordinedeimedici.org/public/informativa_privacy.pdf

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci, e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere, dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

Firma_____