

**Comunicazione di trasferimento agli Albi Professionali di altre provincie.**

Al Signor PRESIDENTE  
ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
Via Pisacane, 21

**ALESSANDRIA**

Il/la sottoscritto/a Dott. \_\_\_\_\_ comunica di aver  
presentato domanda di TRASFERIMENTO ALL'ALBO PROFESSIONALE \_\_\_\_\_  
di \_\_\_\_\_  
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

- di essere nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_ il \_\_\_\_\_
- codice fiscale \_\_\_\_\_;  
(barrare la casella interessata)
- di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_;
- di avere in corso il trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_  
in via \_\_\_\_\_, Tel. \_\_\_\_\_;
- di esercitare nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_;
- di essere cittadino/a \_\_\_\_\_;
- di essere attualmente iscritto all'Albo professionale \_\_\_\_\_ di Alessandria;  
(Medici Chirurghi o Odontoiatri)
- di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza (tributo 540) e all'ENPAM (tributo 539);
- di non aver riportato condanne penali e di 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 non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di non avere procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza;
- di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

**Il/la sottoscritto/a, 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), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.**

Data \_\_\_\_\_

FIRMA  
\_\_\_\_\_

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA**

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445 che il  
Dott. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo di \_\_\_\_\_

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, lì \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.**