

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**

Art. 47 D.P.R N. 445 del 28 DICEMBRE 2000

**PERMESSO DI SOGGIORNO**

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il/la sottoscritt\_ Dott. \_\_\_\_\_

nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ cap. \_\_\_\_\_

PEC \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

consapevole secondo quanto prescritto dall'Art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000, della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, falsità negli atti ed uso di atti falsi, dichiara, sotto la propria responsabilità, di essere in possesso del permesso di soggiorno:

**CARTACEO**

**ELETTRONICO**

NUMERO

DATA SCADENZA

DATA RILASCIO

AUTORITÀ RILASCIO

**MOTIVO DEL RILASCIO**

dichiara, altresì, che l'ingresso in Italia è avvenuto il \_\_\_\_\_

ed ha ottenuto il primo permesso di soggiorno in data \_\_\_\_\_

**ALLEGA FOTOCOPIA (fronte-retro) del PERMESSO DI SOGGIORNO**

DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE e/o RICEVUTO INFORMAZIONI di cui all'Art. 13 del Regolamento Europeo 679 del 2016 – GDPR sul TRATTAMENTO DEI DATI, visionabile anche al seguente Link:  
[INFORMATIVA AGLI ISCRITTI ALL'ORDINE](#)

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

**SPAZIO RISERVATO ALL' ORDINE**

[ ] **PRESENTAZIONE DIRETTA ALL'IMPIEGATO ADDETTO**

La firma è stata apposta, ai sensi dell'Art. 38 comma 3 del D.P.R. n. 445/2000, in presenza del:

Sig./Sig.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_  
(Timbro e firma del funzionario)

Rilasciata RICEVUTA N.° \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

segue **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO**  
Art. 47 D.P.R N. 445 del 28 DICEMBRE 2000  
**PERMESSO DI SOGGIORNO**

***MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO***

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: [protocollo@pec.omceoroma.it](mailto:protocollo@pec.omceoroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ** - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a mezzo **E-MAIL**, all'indirizzo: [info@ordinemediciroma.it](mailto:info@ordinemediciroma.it) (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ** - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- per **POSTA**, all'indirizzo: **Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA** (allegando la **FOTOCOPIA non autenticata del DOCUMENTO D'IDENTITÀ** - ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)
- a **MANO** in **SEDE**, accedendo preferibilmente PREVIO APPUNTAMENTO, da prendere Telefonicamente (Tel: 064417121) o sul Sito.