

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI PROFESSIONISTI

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

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

residente in _____ Via _____ n. _____

C.A.P. _____ Tel. _____ Cellulare _____

e-mail _____ PEC _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITÀ PENALE CUI PUÒ ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITÀ NEGLI ATTI ED USO DI ATTI FALSI, SECONDO QUANTO PRESCRITTO DALL'ART. 76 DEL D.P.R. N. 445 DEL 28 DICEMBRE 2000,

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', QUANTO SEGUE:

- ☐ di **essere** iscritto all'Albo professionale dei Medici-Chirurghi [] e/o degli Odontoiatri [] della Provincia di _____ (solo se diversa da Roma);
- ☐ di **non** versare in una situazione di incompatibilità di cui all'art. 10, comma 6, della Legge 12.11.2011, n. 183 e cioè di non essere socio (*professionista, per prestazioni tecniche o per finalità di investimento*) di altre Società tra Professionisti anche di natura multidisciplinare;
- ☐ di **non** essere stato cancellato dall'Albo professionale di appartenenza per motivi disciplinari;
- ☐ di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza, 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 **avere** riportato condanne penali;

(nel caso di condanne penali indicare le stesse e produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale. la dichiarazione deve inerire anche le sentenze di patteggiamento).

- ☐ di **godere** dei diritti civili;
- ☐ di **non essere** interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;
- ☐ sottoscritt , altresì, dichiara di **non essere mai stato** iscritto negli albi professionali di altro ordine provinciale dei medici-chirurghi e degli odontoiatri del territorio nazionale (diversamente indicare dove e quando)
- ☐ di **impegnarsi** a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

inoltre

- ☐ **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 _____

[] **PRESENTAZIONE DIRETTA AL FUNZIONARIO ADDETTO**

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

Sig./Sig.^{ra} _____ RICEVUTA N. ° _____ del _____
(Timbro e firma del funzionario)

.....

MODALITA' di TRASMISSIONE del MODULO

- a mezzo **PEC**, all'indirizzo: 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 (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.