

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA

(DA COMPILARE IN MODO CHIARO E LEGGIBILE)

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.^{ssa} _____
(COGNOME NOME)

Iscritto/a all'ALBO **MEDICI-CHIRURGI** - Pos. n. _____ **ODONTOIATRI** - Pos. n. _____

CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' PENALE CUI PUO' ANDARE INCONTRO IN CASO DI DICHIARAZIONI MENDACI, FALSITA' 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 RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

- di essere nato a _____ il _____
- di essere cittadino _____
- di essere **RESIDENTE** in _____ (PROV. _____) C.A.P. _____
Via _____ n. _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000)

DICHIARA INOLTRE:

- di essere **DOMICILIATO** (Art. 43 c.c.) * in _____ (PROV. _____)
Via _____ n. _____ C.A.P. _____

* DA COMPILARE QUALORA LA RESIDENZA NON FOSSE UBICATA NELLA PROVINCIA DI ROMA

- di **ELEGERE**, ai sensi dell'Art. 47 Cod. Civ. (ai fini della corrispondenza), il proprio **DOMICILIO SPECIALE** in _____ (PROV. _____) Via _____
_____ n. _____ C.A.P. _____ presso il Sig. _____

➤ di esercitare la professione presso:

- lo **STUDIO PROFESSIONALE** sito in _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____
- la **STRUTTURA** _____
sita in _____ C.A.P. _____
Via _____ n. _____

DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:

RESIDENZA DOMICILIO (ART. 43 C.C.) DOM. SPECIALE STUDIO STRUTTURA

CONTATTI

Tel. Ab. _____ Cell. _____ Tel. Studio _____

PEC _____ e-mail _____

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

segue **DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA
DI CERTIFICAZIONE e DI ATTO NOTORIO**

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.