

**MANTENIMENTO ISCRIZIONE**

(PER RESIDENTI FUORI LA PROVINCIA DI ROMA)

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA – Art. 46 e Art. 47 D.P.R. N. 445 del 28 dicembre 2000

**MODALITA' di TRASMISSIONE in SECONDA PAGINA**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.<sup>ssa</sup> \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in

\_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_ ) Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

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

comunica, ai sensi della L. 11/01/2018 n. 3, che intende **MANTENERE L'ISCRIZIONE** presso codesto Ordine Provinciale, all'**ALBO**

dei **MEDICI-CHIRURGHI** [ ] Posiz. n. \_\_\_\_\_ degli **ODONTOIATRI** [ ] Posiz. n. \_\_\_\_\_

*A TAL FINE CONSAPEVOLE DELLA RESPONSABILITA' 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 RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:*

➤ DI **ESERCITARE LA PROPRIA ATTIVITÀ** professionale nel Comune di \_\_\_\_\_ (prov. \_\_\_\_ )

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ presso

OPPURE

➤ DI ESSERE **DOMICILIATO** (Art. 43 c.c.) in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_ presso

**DESIDERA RICEVERE LA CORRISPONDENZA PRESSO:**

RESIDENZA

SEDE DELL'ATT. LAVORATIVA

DOMICILIO (ART. 43 C.C.)

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.<sup>ra</sup> \_\_\_\_\_

(Timbro e firma del funzionario)

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

segue **MANTENIMENTO ISCRIZIONE**

**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.