

# ORDINE PROVINCIALE DI ROMA DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233)  
Via G.B. De Rossi, 9 - 00161 ROMA - Tel. 064417121 (8 linee r. a.) - Fax 0644234665

## INDICAZIONE O VARIAZIONE DI DOMICILIO - SEDE ATTIVITÀ PROFESSIONALE

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

Il/La sottoscritto Dott./Dott.<sup>ssa</sup> ..... nato/a  
a ..... il ..... residente in ..... (Prov. ....)  
Via ..... n. .... cap ..... Tel. ....  
Cellulare ..... e mail ..... Iscritto all'Albo  
dei MEDICI-CHIRURGHI [ ] posiz. n..... degli ODONTOIATRI [ ] posiz. n. ....

A TAL FINE 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 RESPONSABILITÀ, QUANTO SEGUE:

di aver variato la propria residenza dal Comune di .....  
(prov. ....) Via ..... n. .... c.a.p. ....

### OPPURE

di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di..... (prov. ....)  
Via .....n. .... cap ..... (Azienda USL .....) quale medico:

- A)** di Medicina Generale–assistenza primaria      **B)** libero professionista (N. partita IVA .....)  
**C)** pediatra di libera scelta      **D)** specialista convenzionato esterno

### OPPURE

di esercitare attività convenzionata presso il presidio di .....  
(Azienda USL .....) Via ..... n. .... cap ..... per la :

- E)** specialistica ambulatoriale  
**F)** Medicina Generale:

**f1)** MEDICINA DEI SERVIZI TERRITORIALI      **f2)** CONTINUITÀ ASSISTENZIALE      **f3)** EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE

### OPPURE

di esercitare la professione *quale dipendente* presso la seguente Amministrazione o Struttura:  
..... in ..... Via ..... n ..... cap .....

di esercitare la professione *con rapporto di collaborazione* presso la seguente struttura privata  
(convenzionata e non) ..... Sede in ..... Via  
..... n. .... cap .....

**Desidera ricevere la CORRISPONDENZA presso:**

- la **RESIDENZA**       la **SEDE dell'ATTIVITÀ** professionale

**IL SOTTOSCRITTO È CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI DELL'ORDINE; TALI DATI (FATTA ECCEZIONE PER LE RESIDENZE, I RECAPITI TELEFONICI E GLI INDIRIZZI E MAIL) VERRANNO INSERITI NEL SITO INTERNET DELL'ENTE NONCHÉ IN QUELLO DELLA F.N.O.M.C.e O.**

Data .....

Firma .....

[ ] **INVIO PER POSTA /Fax/e-mail** (Allegare **FOTOCOPIA** non autenticata del **DOCUMENTO** d'identità ai sensi dell'Art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000)

[ ] **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 .....