

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. 06/4417121 (8 linee r. a.) - Fax 06/44234665

CITTADINO A.I.R.E. (Anagrafe Cittadini Italiani Residenti all'Estero) MANTENIMENTO ISCRIZIONE

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

___ sottoscritt_ Dott. _____ nat_

a _____ il _____ iscritt_ nell'Albo

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

registrat_ presso l'A.I.R.E. del Comune di _____

residente in _____

Tel. _____ Cellulare _____ e-mail _____

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 di:

➤ **ESERCITARE LA PROPRIA ATTIVITÀ** professionale nel Comune di _____

(prov.), Via _____ n. _____ CAP

.....

*pertanto, **CHIEDE** ai sensi dell' Art. 16 della Legge 21.12.1999, n. 526 di **MANTENERE L'ISCRIZIONE** presso codesto Ordine Provinciale.*

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

Rilasciata RICEVUTA N.° _____ del _____