**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI CAMPOBASSO**

Ente di Diritto Pubblico (D.L.C.P.S.13/09/1946 n. 233) Via Mazzini, 129/A, 86100 CAMPOBASSO - Tel. 0874/69177 - info@ordinedeimedici.cb.it, info.cb@pec.omceo.it

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO SOCI PROFESSIONISTI**

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 Campobasso);
* 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;
* \_l\_ 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.

***IL SOTTOSCRITTO E’ CONSAPEVOLE CHE I DATI ACQUISITI SARANNO UTILIZZATI ESCLUSIVAMENTE PER OTTEMPERARE ALLE ATTRIBUZIONI E ALLE FINALITÀ ISTITUZIONALI***

Data ................................................... Firma .....................................................................

[ ] **INVIO x POSTA**/Fax/e-mail ecc ………………(*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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_