

Spett.le
Ordine dei Medici Chirurghi e degli
Odontoiatri della provincia di Fermo
Corso Cefalonia n. 69
63900 FERMO (FM)

La/Il sottoscritta/o

Cognome

Nome

Nata/o a il

Codice Fiscale

Residente in:
Via/Corso/Piazza/_____

Comune

Provincia

Stato

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Fermo

Albo Medici Chirurghi al n° dal

Albo Odontoiatri al n° dal

di non aver mai avuto sanzioni disciplinari

RICHIEDE

Il rilascio del certificato di Onorabilità professionale (Good Standing) da utilizzare nel seguente paese extracomunitario:

Data e luogo

Firma

Si allega copia documento di identità in corso di validità