

La presente “*dichiarazione sostitutiva di certificazioni*” art. 46 D.P.R. n. 445/2000) deve essere recapitata presso la segreteria dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Caltanissetta in una delle seguenti modalità:

❖ **Raccomandata A.R.**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Allegare una marca da bollo da 16,00€ che sarà applicata sul certificato.

Intestare la busta a:

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Caltanissetta  
Via Enrico Medi, 1  
93100 Caltanissetta – Italia

❖ **Raccomandata a mano**

Consegnare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità direttamente presso la segreteria dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Caltanissetta, in Via Enrico Medi, 1 Caltanissetta.

È possibile effettuare la consegna tramite un delegato. In tal caso dovrà essere presentata la seguente ulteriore documentazione:

- Delega con firma autografa in originale
- Documento di identità del delegato
- Marca da bollo da 16,00€ che sarà applicata sul certificato.

❖ **PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e intestata al dichiarante**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Far recapitare tramite persona di fiducia o servizi privati una marca da bollo da 16,00€

❖ **PEO (Posta Elettronica Ordinaria)**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Far recapitare tramite persona di fiducia o servizi privati una marca da bollo da 16,00€

Spett.le Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Caltanissetta  
Via Enrico Medi, 1  
93100 Caltanissetta – Italia  
PEC: [omceocl@legalmail.it](mailto:omceocl@legalmail.it)  
Email: [segreteria@ordinemedicil.it](mailto:segreteria@ordinemedicil.it)

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 veritiero 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 Caltanissetta

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