

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
Email: segreteria@ordinemedicicl.it

La/Il sottoscritta/o

| | | | |
|------------------------|----------------------|----|----------------------|
| Cognome | <input type="text"/> | | |
| Nome | <input type="text"/> | | |
| Nata/o a | <input type="text"/> | il | <input type="text"/> |
| Codice Fiscale | <input type="text"/> | | |
| Residente in: | | | |
| Via/Corso/Piazza/_____ | <input type="text"/> | | |
| Comune | <input type="text"/> | | |
| Provincia | <input type="text"/> | | |
| Stato | <input type="text"/> | | |

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 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