

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI - RAVENNA

SCHEMA GENERALE DELL'ISCRITTO ALL'ALBO MEDICI CHIRURGHI O ALBO ODONTOIATRI

Il presente documento può essere utilizzato dall'iscritto per comunicare all'Ordine attraverso l'autodichiarazione ai sensi degli artt.46/47 del DPR 445/2000 (allegare un documento di identità in caso di spedizione, PEC, mail o consegna da parte di 3° persona):

- > **Variazioni di residenza**
- > **Titoli di specializzazione e docenze conseguiti e non ancora inseriti nell'Albo**
- > **Altri dati relativi all'attività professionale**
- > **Differenze riscontrate nell'Albo Medici Chirurghi e/o Odontoiatri**

Albo MEDICI CHIRURGHI:	N° _____	Data <input style="width: 80%;" type="text"/>	iscr: _____	1° Ordine, data: _____	
Albo ODONTOIATRI:	N° _____	Data <input style="width: 80%;" type="text"/>	iscr: _____	1° Ordine, data: _____	

COGNOME	<input style="width: 90%;" type="text"/>
NOME	<input style="width: 90%;" type="text"/>
LUGO NASCITA	<input style="width: 90%;" type="text"/>
DATA NASCITA	<input style="width: 90%;" type="text"/>
CITTADINANZA (Se variata)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
RESIDENZA (Indirizzo + CAP)	<input style="width: 90%;" type="text"/>
CODICE FISCALE	<input style="width: 90%;" type="text"/>
PEC - obbligatoria	<input style="width: 90%;" type="text"/>
SPECIALIZZAZIONI *	1 <input style="width: 80%;" type="text"/>
	2 <input style="width: 80%;" type="text"/>
DOCENZE *	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ATTESTATI MED. GEN. *	<input style="width: 90%;" type="text"/>
PSICOTERAP.L. 56/1989 *	<input style="width: 90%;" type="text"/>
MED. COMP. Dlgs 81/2008 e smi*	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ALTRO *	<input style="width: 90%;" type="text"/>
ALTRO *	<input style="width: 90%;" type="text"/>

(* = Specificare: Titolo, data e luogo di conseguimento esatti)

Dati aggiuntivi non inseriti nell'Albo:

Tel: <input style="width: 90%;" type="text"/>	Fax: <input style="width: 90%;" type="text"/>
Cell: <input style="width: 90%;" type="text"/>	E-mail: <input style="width: 90%;" type="text"/>

Indirizzo aggiuntivo di domicilio, studio ecc... (barrare la casella se è l'indirizzo per la corrispondenza)

Via, n. civico	
CAP Città PROV	

Categoria o qualifica professionale e luogo di lavoro: (MMG, GM, OSP, DIP. CASA di CURA, SPEC.AMB., PED, LP, MED. UNIV., DIR. SAN.,ECC)*:

*	Luogo di lavoro	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---	-----------------	--

Il sottoscritto dichiara ai sensi dell'art. 46 e 47 del DPR 445/00 che i dati suddetti corrispondono al vero

Data: _____	Firma <input style="width: 95%;" type="text"/>
-------------	--

Dati trattati forniti e trattati ai sensi del Regolamento UE DGPR n. 679/2016