ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BIELLA

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 ..... al n. ……;

□ 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 È 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)

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI-CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BIELLA

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO – PERSONE FISICHE
SOCI NON PROFESSIONISTI PER FINALITA' DI INVESTIMENTO
SOCI NON PROFESSIONISTI PER PRESTAZIONI TECNICHE
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 non essere stato cancellato dall'Albo professionale 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 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;

□ 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 partecipare ad altre Società Tra Professionisti;

□ di non aver riportato condanne definitive per una pena pari o superiore a due anni di reclusione per la commissione di un reato non colposo e non è intervenuta riabilitazione;

□ di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione, anche in primo grado, di misure di prevenzione personali o reali di cui al D.Lgs.n. 159 del 2011 (misure personali: foglio di via obbligatorio, avviso orale, sorveglianza speciale di pubblica sicurezza, obbligo o divieto di soggiorno, temporaneo ritiro del passaporto o sospensione della validità ai fini dell'espatrio di ogni altro documento equipollente; misure reali: confisca, sequestro, cauzione, garanzie reali e quant'altro);

 di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.

IL SOTTOSCRITTO È 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)