

Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna

**Domanda di inserimento nell' Elenco dei Medici Competenti**

Il sottoscritto Dott. .... nato a .....  
il ..... iscritto all'Ordine dei Medici della provincia di Bologna al n. ....  
dal .....

**D I C H I A R A**

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità ( art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445).

di avere conseguito il titolo di specializzazione in:

.....  
presso l'Università degli Studi di ..... in data .....  
con voti .....

**C H I E D E**

l'inserimento nell'elenco dei medici competenti essendo in possesso del titolo abilitante ai sensi del D. Legislativo 19/9/94 n. 626 art.2 lettera d) n.1 e del D. Legislativo 19/03/96 n.242.

Recapito da pubblicare nell'elenco: .....  
..... Tel : .....

In fede.

Bologna,..... Firma (\*).....

(\*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt.. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

L' identità personale è stata accertata a mezzo \_\_\_\_\_ n.  
\_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ - Firma del legalizzante \_\_\_\_\_  
(qualifica professionale C1 / B 2 )