



DA ALLEGARE :

- ❑ Alle domande d'iscrizione per trasferimento da altro Ordine prodotte in relazione alla ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, sebbene la residenza si abbia in provincia diversa;
- ❑ Alle domande di mantenimento della iscrizione a questo Ordine in virtù della ubicazione in Bologna o provincia della sede dell'attività professionale, nonostante la residenza sia stata trasferita in altra provincia.

(\*) Barrare le voci che interessano

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

+++++

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLA DICHIARAZIONE NON VERITIERA**

---

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell' art. 30 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445, che il Dott. \_\_\_\_\_ identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scadenza \_\_\_\_\_ ha sottoscritto in sua presenza la dichiarazione di cui sopra.

Data \_\_\_\_\_ Firma del legalizzante \_\_\_\_\_  
(qualifica professionale C2 / B3 )