

**Ill.mo Signor Presidente  
Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri di Modena**

Il sottoscritto Dott. ....

**DICHIARA**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 del DPR 445 del 28.12.2000, il sottoscritto, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 76 DPR 445 del 28.12.2000),

di essere nato a ..... Prov..... il .....

di essere residente/domiciliato a .....

in via ..... n. ....

indirizzo e-mail .....

di essere iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi dal ..... al n. ....

di avere conseguito il diploma di specializzazione in: .....

..... presso l'Università di

..... il .....

**di essere iscritto dal .....al nr. .... nell'elenco dei Medici Autorizzati presso il Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale**

**CHIEDE**

l'inserimento nell'Elenco Speciale dei Medici Autorizzati ai sensi del D.Lgs del 17/03/1995 n. 230 e successive modifiche.

....., ...../...../.....

Firma .....

**L'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Modena** tratta i dati raccolti ai sensi del **regolamento (UE) 679/2016** relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nel rispetto della **normativa GDPR**.

Maggiori informazioni sulla **“politica privacy ed informativa sul trattamento dei dati personali”** sono presenti all'interno della sezione privacy del sito [www.ordinemedicimodena.it](http://www.ordinemedicimodena.it)

Data .....

Firma .....

*AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE*

^v^v^v^v

**Documenti da presentare:**

- *Domanda in bollo*
- *Fotocopia documento d'identità in corso di validità*
- *Titolo di Medico Autorizzato*