

**DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'**  
(Art. 4 Legge 4 gennaio 1968, n. 15; art. 2 DPR 20 ottobre 1998, n. 403)  
Art. 9 lett. e) DLCPS n. 233/46 così come modificato dalla legge 362/91

Il/La sottoscritt\_\_ Dott. \_\_\_\_\_,  
nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 4 gennaio 1968, n. 15),

**DICHIARA**

di essere domiciliato a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

**OPPURE**

di esercitare l'attività professionale nei locali siti nel Comune di \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

quale medico (1)

- |  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| a) libero professionista                                   | b) di medicina generale              |
| c) pediatra di libera scelta                               | d) specialista convenzionato esterno |
| e) medicina dei servizi                                    | f) guardia medica                    |
| g) specialistica ambulatoriale presso il presidio di ..... |                                      |

**OPPURE**

h) quale medico dipendente presso la seguente Amministrazione o Struttura  
.....

i) quale medico che opera presso struttura privata (convenzionata e non) con rapporto di libera collaborazione coordinata e continuativa.

**OPPURE**

di frequentare la Scuola di Specializzazione in .....  
Presso l'Università di .....

**Si rende la presente di dichiarazione al fine di :**

- ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di UDINE  
- Albo dei Medici Chirurghi - Albo degli Odontoiatri
- ottenere l'iscrizione all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di UDINE  
per trasferimento dall'Ordine di .....  
- Albo dei Medici Chirurghi - Albo degli Odontoiatri
- mantenere l'iscrizione presso codesto Ordine.

**Desidera ricevere la corrispondenza:**

- presso la residenza  presso la sede del domicilio  
 della attività professionale

IL DICHIARANTE

.....