

All'Ordine dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri di Alessandria
Via Pisacane 21 – 15121 Alessandria

RICHIESTA DI
Rilascio del Certificato di Onorabilità professionale
Good Standing – Paesi extra UE

Il/La sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

CHIEDE

Il rilascio del Certificato di Onorabilità professionale – Good Standing – Paesi extra UE

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità

DICHIARA

Di essere nato/a a _____ Prov. _____ il _____

Cittadinanza _____ di essere residente a _____

CAP _____ Via _____ n. _____

Recapiti _____

CODICE FISCALE

Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Alessandria:

ALBO MEDICI CHIRURGHI N. _____ DEL _____ ALBO ODONTOIATRI N. _____ DEL _____

RICHIEDE

Il rilascio del certificato di Onorabilità professionale (Good Standing) da utilizzare nel seguente Paese extracomunitario: _____

allega fotocopia documento di identità

allega n. _____ marche da bollo (Direttiva n. 14/2011 del Ministero della Pubblica Amministrazione e della Semplificazione)

Luogo e data _____

Firma _____