

**Oggetto: Richiesta certificato di iscrizione all'Albo**

Il/la sottoscritto/a:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a: \_\_\_\_\_ prov. (\_\_\_\_), il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Iscritto all'Albo:  Medici  Odontoiatri al n°: \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 15 della legge 183/2011, non possono più essere rilasciati e accettati certificati da produrre alle pubbliche amministrazioni e/o ai gestori di pubblici servizi e che in questi casi si deve provvedere all'autocertificazione;
- di essere a conoscenza che i certificati devono essere ordinariamente rilasciati in bollo con marca da 16,00 euro, salvo ricorra una delle ipotesi di esenzione del bollo previste dalla normativa vigente;
- di essere consapevole delle sanzioni penali, previste in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti e della conseguente decadenza dai benefici di cui agli artt. 75 e 76 del dpr 445/2000;
- di essere informato che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con mezzi informatici, esclusivamente per il procedimento per il quale la dichiarazione viene resa (art. 13 D. lgs. 196/2003);
- Dichiaro inoltre di essere esente dall'applicazione del bollo in quanto il certificato viene richiesto per i seguenti motivi:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

il rilascio di n° \_\_\_\_\_ copie

- Certificato di iscrizione all'Ordine semplice
- Certificato di iscrizione all'Ordine completo
- Certificato di "Good Standing" (valido solo per paesi extra UE)

Chiedo l'invio del certificato a mezzo posta ordinaria all'indirizzo<sup>(1)</sup>

Via/P.zza \_\_\_\_\_,

Comune \_\_\_\_\_ Prov. (\_\_\_\_), CAP: \_\_\_\_\_

(1) L'invio per posta è subordinato alla ricezione da parte dell'Ordine di n°1 francobollo da € 0,95 e di una marca da bollo da € 16,00 da apporre sul certificato che verrà reinviato all'indirizzo specificato.

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

**DELEGA**

Io sottoscritto/a: \_\_\_\_\_, delego la Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

al ritiro del mio certificato di iscrizione. Allego mio documento di identità in corso di validità.