La presente “***dichiarazione sostitutiva di certificazioni***” (art. 46 D.P.R. n. 445/2000) deve essere recapitata presso la segreteria dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como in una delle seguenti modalità:

* **Raccomandata A.R.**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

Intestare la busta a:

Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

Viale Massenzio Masia 30

22100 Como – Italia

* **Raccomandata a mano**

Consegnare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità direttamente presso la segreteria dell’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como, in Viale Massenzio Masia 30, Como.

È possibile effettuare la consegna tramite un delegato. In tal caso dovrà essere presentata la seguente ulteriore documentazione:

* + Delega con firma autografa in originale
  + Documento di identità del delegato
* **PEC (Posta Elettronica Certificata) personale e intestata al dichiarante**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

* **PEO (Posta Elettronica Ordinaria)**

Inviare il modulo compilato e con firma autografa in originale insieme a copia di un documento di identità in corso di validità.

**Spett.le Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como**

**Viale Masia 30,**

**22100 Como – Italia**

**PEC:** [**segreteria.co@pec.omceo.it**](mailto:segreteria.co@pec.omceo.it)

**Email:** [**segreteria@omceoco.it**](mailto:segreteria@omceoco.it)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| La/Il sottoscritta/o | | | | |
| Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Nata/o a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Residente in (via/strada/piazza..) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | Provincia\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | |
| iscritto all’Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como | | | | |
| 🞏 Albo Medici Chirurghi | al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |
| 🞏 Albo Odontoiatri | al n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | dal \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  |  | |  | |

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**

Sezione 1

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 di aver conseguito l’attestato di formazione in ***psicoterapia*** presso: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| riconosciuto con D.M. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | con sede in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| 🞏 di essere in possesso dei requisiti per esercitare l’attività di ***medico competente*** | |
|  | |
| 🞏 di essere in possesso dei requisiti per esercitare l’attività di ***medico autorizzato*** | |
|  | |

Sezione 2

|  |  |
| --- | --- |
| 🞏 di aver conseguito il diploma di formazione specifica in ***Medicina Generale***: | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | matricola n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| 🞏 di aver conseguito il diploma di ***Specializzazione*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | matricola n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 🞏 di aver conseguito il diploma di ***Specializzazione*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | matricola n° \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | |
| 🞏 di aver conseguito il titolo di ***Master*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | |
| 🞏 di aver conseguito l’attestato del ***corso di perfezionamento*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | |
| 🞏 di aver conseguito l’attestato di ***libera docenza*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | |
| 🞏 di aver conseguito il ***Dottorato di Ricerca*** in: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ |  |
|  | |
| 🞏 di essere in possesso dei requisiti per utilizzare il titolo di ***Professore*** | |
| 🞏 ***Ordinario*** | |
| 🞏 ***Straordinario I° Fascia*** | |
| 🞏 ***Straordinario II° Fascia*** | |
| 🞏 ***Associato*** | |
| 🞏 ***A contratto per l’anno accademico \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_*** | |
| Presso l’Università degli Studi di: | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |

|  |  |
| --- | --- |
| Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ | Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

In fede

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

🞏 Si allega copia documento di identità in corso di validità