

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
Email: segreteria@omceoco.it

La/Il sottoscritta/o

Cognome			
Nome			
Nata/o a		il	
Codice Fiscale			
Residente in:			
Via/Corso/Piazza/			
Comune			
Provincia			
Stato			

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 iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Como

☐ Albo Medici Chirurghi al n° dal

☐ Albo Odontoiatri al n° dal

☐ di non aver mai avuto sanzioni disciplinari

RICHIEDE

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

Data e luogo

Firma

☐ Si allega copia documento di identità in corso di validità