

Modulo per la presentazione di domanda di revisione Albo dei periti o dei consulenti tecnici del Tribunale di Como

N.b.: il richiedente è invitato a compilare tutte le voci eventualmente indicando anche quelle non compilate con un nulla da segnalare.

- ☐ La sottoscritta
- ☐ Il sottoscritto

Cognome _____
Nome _____

CHIEDE

- ☐ La conferma dell'iscrizione all'Albo dei Periti per la/le seguente/i specializzazione/i

☐ _____
☐ _____
☐ _____

- ☐ La conferma dell'iscrizione all'Albo dei Consulenti tecnici per la/le seguente/i specializzazione/i

☐ _____
☐ _____
☐ _____

di codesto Tribunale.

- ☐ La sottoscritta
- ☐ Il sottoscritto

sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000),

DICHIARA

- di essere nata/o a _____ Prov. _____
il _____
- codice fiscale _____

• di essere residente in _____ Prov. _____

Via/piazza/corso _____ CAP _____

• indirizzo e-mail _____

• Telefono _____

• Cellulare _____

• Indirizzo PEC
(obbligatorio) _____

☐ di essere iscritto all'Albo Medici Chirurghi dell'Ordine Provinciale _____

al n. di posizione _____ dal _____

☐ di essere all'Albo Odontoiatri dell'Ordine Provinciale di _____

al n. di posizione _____ dal _____

☐ di essere laureato in Medicina e Chirurgia

☐ di essere laureato in Odontoiatria

presso l'Università di _____

in data _____

☐ 1 - di essere specializzato in

☐ _____

presso l'Università di _____

in data _____

di esercitare la specializzazione dal _____

presso _____

☐ 2 - di essere specializzato in

☐ _____

presso l'Università di _____

in data _____

di esercitare la specializzazione dal _____

presso _____

☐ 3 - di essere specializzato in

☐

presso l'Università di _____

in data _____

di esercitare la specializzazione dal _____

presso _____

☐ di essere in possesso del titolo di formazione in Medicina Generale

conseguito nella Regione _____

in data _____

☐ di svolgere l'attività di medico di Medicina Generale

dal _____

☐ di essere in possesso di titolo di formazione di livello universitario di:

presso l'Università di _____

in data _____

☐ di avere assolto all'obbligo formativo per il triennio 2020 – 2022

☐ di impegnarsi a dimostrare di aver assolto al debito formativo per il triennio 2020 – 2022 nei tempi previsti dall'accordo

☐ di NON avere assolto all'obbligo formativo per il triennio 2020 - 2022

☐ di aver svolto gli incarichi come perito o consulente tecnico d'ufficio o di parte in procedimenti civili o penali (art. 6 comma 10) o di particolare rilevanza sul piano scientifico di cui all'allegato elenco da considerarsi parte integrante della presente istanza;

☐ che gli sono state revocate n. ____ consulenze per le seguenti motivazioni

☐ di avere specifiche competenze nell'ambito di mediazione e di conciliazione delle controversie

☐ di essere iscritto alle seguenti Società scientifiche:

☐ di aver svolto le seguenti attività di docenza:

☐ di aver svolto la seguente attività di ricerca inerente alla disciplina di propria competenza
(**alla attività oggetto del procedimento**)

☐ di essere autore/coautore delle seguenti pubblicazioni di cui indica le cinque migliori, a proprio giudizio, pubblicate negli ultimi dieci anni:

-
-
- ☐ di allegare il proprio curriculum professionale relativamente all'attività attualmente svolta anche in quanto medico libero professionista anch'esso da considerarsi parte integrante della presente istanza.
 - ☐ di NON aver avuto sanzioni disciplinari diverse dall'ammonimento negli ultimi 5 anni
 - ☐ di aver avuto sanzioni disciplinari diverse dall'ammonimento negli ultimi 5 anni
 - ☐ di NON avere in atto alcun conflitto di interessi
 - ☐ di avere in atto il/i seguente/i conflitto/i di interesse (per esempio rapporti fiduciari con compagnie assicurative o rapporti di lavoro continuativi con strutture sanitarie)

-
-
-
- ☐ dichiara i seguenti ulteriori elementi che ritiene utili ai fini della valutazione del proprio profilo di competenza da parte dell'Autorità Giudiziaria:

-
-
-
- ☐ Dichiara di prendere atto dell'obbligo di revisione triennale dell'Albo dei Periti e dei Consulenti Tecnici e si obbliga a comunicare cambiamenti e modifiche della sua situazione a pena della decadenza dall'iscrizione all'Albo stesso.

Data:

Firma

Si allega:

- ☐ Copia del documento di identità

☐ Marca da bollo da € 16,00

☐ Curriculum Vitae

☐ Elenco degli incarichi

☐ Informativa privacy

Firma
