



Domanda per il rilascio del certificato attestante il possesso del diritto acquisito ad esercitare la professione di odontoiatra con il titolo di formazione in Medicina (laurea in Medicina e chirurgia rilasciato in Italia), ai sensi dell'art. 37 della Direttiva 2005/36/CE

**APPORRE
 MARCA DA BOLLO**

(l'importo della marca da bollo è
 Indicato nell'allegato G1)

(da compilare in stampatello)

La / Il Sottoscritto/a, _____

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Sesso M F

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di: _____

Titolo - Title - Diplome - Titel - Titolo

Conseguito in: _____

UNIVERSITA' - UNIVERSITY - UNIVERSITE' - UNIVERSITAT - UNIVERSIDAD

Domanda a codesto Ministero, il rilascio del certificato attestante, ai sensi dell'art. 37, della Direttiva 2005/36/CE del 7/9/2005, il possesso del diritto acquisito ad esercitare la professione di ODONTOIATRA:
 e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazioni di cui all'*Allegato G1*

La / il sottoscritto/a, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti degli artt. 46 e 76 del D.P.R. n. 445/2000, dichiara:

- di non avere riportato condanne penali, di non aver riportato sanzioni amministrative e disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che nel Paese d'origine e/o di provenienza;

- di essere nato/a a _____

LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMENTO

_____ il _____

STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

- di essere cittadina/o _____

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORENGKEIT, CIUDADANIA

- di voler utilizzare il presente certificato nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE:

La / il sottoscritto/a chiede che le comunicazioni inerenti alla presente domanda vengano indirizzate al seguente recapito:

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

Via/piazza _____ n. _____

INDIRIZZO - ADDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

_____ PROV. _____

CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

CAP - POST CODE

STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO

N.TELEFONICO - PHONE NUMBER - NUMERO DE TEL.- TEL. NUMMER - N.TEL.

N. FAX - FAX NUMBER - NUMERO DE FAX - FAX NUMMER - N. FAX

_____ @ _____

N. CELLULARE

E-MAIL

DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

In fede

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA