



MINISTERO DELLA SALUTE

Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del s.s.n.
Off. VII
Via Giorgio Ribotta, 5- 00144 ROMA

MODELLO G3/BIS
Diritti acquisiti
Medicina generale



Domanda per il rilascio del certificato attestante, ai sensi della vigente direttiva comunitaria, il possesso del diritto acquisito ad esercitare in Italia l'attivita professionale in qualita di MEDICO DI MEDICINA GENERALE, da parte di cittadini comunitari, cittadini della Confederazione svizzera e cittadini dell'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein)

(da compilare in stampatello)

APPORRE
MARCA DA BOLLO

(l'importo della marca da bollo e indicato nell'allegato G1)

La / Il Sottoscritto/a, [COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO] Sesso [M] [F]
[NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO]

In possesso del Diploma di laurea in medicina e chirurgia, conseguito il: [Indicare la data]
presso l'Universita di [Università]

In possesso del Diploma di abilitazione all'esercizio professionale, conseguito il: [Indicare la data (gg/mm/anno) oppure indicare la sessione e l'anno]
presso l'Universita di: [Università]

Domanda a codesto Ministero, ai sensi dell'art. 30, comma 1, della Direttiva 2005/36/CE del 7 settembre 2005, il rilascio del certificato attestante il possesso del diritto acquisito ad esercitare in Italia l'attivita professionale in qualita di MEDICO DI MEDICINA GENERALE

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 e 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]
[STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO] il [DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO]

di essere cittadina/o [CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA]

di essere iscritta/o all'Ordine dei Medici chirurghi della Provincia di []

di voler utilizzare il presente certificato nel seguente Stato membro dell'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 [INDIRIZZO - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION] n. []
[CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD] [PROV.]
[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 NUMBER - N. FAX]
[N. CELLULARE] [E-MAIL]
[DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA] In fede [FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA]