



Domanda per il riconoscimento del titolo di **Medico chirurgo, Medico specialista, Medico veterinario, Farmacista, Odontoiatra** conseguito in un **Paese dell'Unione europea da cittadini comunitari**

La / Il Sottoscritta/o, _____
COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO Sesso M F

In possesso del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTENIENDO EL TITULO

E, inoltre, del Titolo di _____
(da indicare in lingua originale) TITOLO - TITLE - DIPLOME - TITEL - TITULO

Conseguito in _____
PAESE DOVE E' STATO CONSEGUITO IL TITOLO - COUNTRY WHERE THE TITLE WAS ATTAIN - ETAT OU ON A CONSEGUI LE DIPLOME
 STAAT WO DER TITEL ERLANGT WURDE - ESTADO DONDE HA OBTENIENDO EL TITULO

Chiede a codesto Ministero il riconoscimento del/i proprio/i Titolo/i, ai fini dell'esercizio del DIRITTO DI STABILIMENTO, per la professione sanitaria di:

Medico Chirurgo Medico Specialista Medico Veterinario Farmacista Odontoiatra

(per il riconoscimento del titolo di medico di medicina generale, utilizzare il modello A2)

e, a tal fine, allega i documenti di cui all'*Allegato A1*

La / il sottoscritta/o, 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:
 Nata/o a _____
LUOGO DI NASCITA - PLACE OF BIRTH - LIEU DE NAISSANCE - GEBURTSORT - LUGAR DE NASCIMIENTO

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

Di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHORINGKEIT, CIUDADANIA

- Di volersi iscrivere all'Ordine di _____
SEDE PROVINCIALE - PROVINCIAL CENTRE - LIEGE PROVINCIALE - PROVINZSTZ - SEDE PROVINCIAL

La / il sottoscritta/o 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 - ANDRESS - ADRESSE - ADRESSE - DIRECCION

_____ PROV. _____
CITTA' - CITY - VILLE - STADT - CIUDAD

_____ STATO - COUNTRY - ETAT - STAAT - ESTADO
CAP - POST CODE

_____ 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

_____ In fede _____
DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA