



domanda di riconoscimento di un titolo abilitante all'esercizio della professione di

MEDICO SPECIALISTA

conseguito in un Paese **non comunitario** sia da cittadini **comunitari**, della Confederazione svizzera e dall'Area SEE (Norvegia, Islanda, Liechtenstein) che da cittadini **non comunitari**
 (compilare in stampatello)

Apporre
 marca da bollo:
 l'importo è indicato
 nell'allegato E1

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

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

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 OBTIENIDO EL TITULO

Domanda a codesto Ministero il riconoscimento del proprio Titolo di specialista al fine di potersi avvalere in Italia del titolo di Medico Specialista in

A tal fine allega i documenti di cui all'Allegato E1

scritta/o, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi della / il sottoscritto 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 GEBURTSTAAT - ESTADO DE NASCIMIENTO DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMIENTO

E di essere cittadina/o _____
CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE, STAATSANGEHÖRIGKEIT, CIUDADANIA

Di essere iscritto all'Ordine professionale di

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

_____ 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

_____ @ _____
NUMERO CELLULARE E-MAIL

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