

Spett.le OMCeO di Benevento  
PEC- [Segreteria.bn@pec.omceo.it](mailto:Segreteria.bn@pec.omceo.it)

La/il sottoscritta/o

Cognome

Nome

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

C.F.

Residente in Via/corso/piazza \_\_\_\_\_

Comune

Provincia

Stato

ai sensi e per gli effetti degli Art. 46 e 47 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, a conoscenza di quanto prescritto dall'Art. 75 del D.P.R. n. 445 28/12/2000, sulla decadenza dei benefici eventualmente conseguiti al procedimento emanato sulla base di dichiarazioni non veritiere e dal successivo Art. 76 sulla responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci, sotto la propria responsabilità.

#### **DICHIARA**

Di essere iscritto all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Benevento

Albo Medici \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Albo Odontoiatri \_\_\_\_\_ al n. \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Di non essere sottoposto a procedimento disciplinare

## **CHIEDE**

Il rilascio del certificato di Onorabilità professionale ( GOOD STANDING) da utilizzare nel seguente paese Extracomunitario.

Data e luogo

Firma

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità.