

**DOMANDA DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE COME COMPONENTE
COMMISSIONI INTERNE OMCEOAR**

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI AREZZO

Il sottoscritto (nome e cognome) _____

Medico chirurgo _____ Odontoiatra _____ Numero iscrizione _____

Chiede di partecipare come componente della/delle Commissione/i di seguito evidenziate.
(N.B.: ogni iscritto può fare richiesta di partecipare a massimo 2 Commissioni)

	Descrizione	Inserire la crocetta sulla/e Commissione/i d'interesse (massimo 2)
1	Commissione Cesalpino	
2	Commissione di Genere	
3	Commissione Ambiente e Salute	
4	Commissione formazione, ricerca e incentivi per i giovani	
5	Commissione progetto curvatura biomedica	

Il sottoscritto, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'articolo 46 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

DICHIARA

- Di non trovarsi in situazione di conflitto di interessi riguardo alla materia oggetto di trattazione da parte della Commissione;
- di non avere liti pendenti con l'Ordine o sia sottoposto a procedimento disciplinare;
- di non aver riportato sanzioni né di essere attualmente sottoposto a procedimento disciplinare nelle strutture dove ha svolto e dove svolge la professione;
- di non aver riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano applicazione di misure di sicurezza e di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali in atto;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di non essere iscritto nel registro degli indagati, presso le Procure della Repubblica;
- di non essere stato oggetto di revoca della designazione per motivate ragioni comportamentali;
- di non essere oggetto di querele o reclami aperti o in corso;

Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 445/2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dei benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 DPR 445/2000), dichiara che tutte le informazioni riportate su questo modulo corrispondono al vero.

Data

Firma.....

(allegare copia documento identità e un breve Curriculum vitae)