



Domanda per il rilascio dell'Attestato di conformità alle direttive comunitarie del titolo di

**ODONTOIATRA**

conseguito in Italia da cittadini comunitari e non comunitari

(da compilare in stampatello)

**APPORRE  
 MARCA DA BOLLO**

(l'importo della marca da bollo è  
 Indicato nell'allegato G1)

La / Il Sottoscritto/o,

COGNOME - SURNAME - NOM - GEBURTSNAME - APELLIDO

Sesso

M

F

NOME - NAME - PRENOM - VORNAME - NOMBRE PROPRIO

In possesso del Titolo di:

Titolo - Title - Diplome - Titel - Titulo

Conseguito presso:

UNIVERSITA' - UNIVERSITY - UNIVERSITE' - UNIVERSITAT - UNIVERSIDAD

**Domanda a codesto Ministero, ai sensi della vigente normativa comunitaria, il rilascio  
 dell'ATTESTATO DI CONFORMITA' del titolo di: ODONTOIATRA**

e, a tal fine, allega la dichiarazione sostitutiva di certificazioni di cui all'*Allegato G1*

**La / il sottoscritto/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 NASCIMENTO

STATO DI NASCITA - COUNTRY OF BIRTH - ETAT DE NAISSANCE GEBURTSSTAAT - ESTADO DE NASCIMENTO

 il 

DATA DI NASCITA - DATE OF BIRTH - DATE NAISSANCE  
 GEBURTSDATUM - FECHA DE NASCIMENTO

- di essere cittadina/o

CITTADINANZA, CITIZENSHIP, NATINALITE', STAATSANGEHORENKEIT, CIUDADANIA

- di voler utilizzare l'Attestato di conformità nel seguente Stato membro della U.E., ovvero nella Confederazione svizzera, ovvero nel seguente Paese dell'Area SEE:

**La / il sottoscritto/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

INDIRIZZO - ADDRESS - 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 NUMMER - N. FAX

N. CELLULARE

E-MAIL




DATA - DATE - DATE - DATUM - FECHA

**In fede**

FIRMA - SIGNATURE - SIGNATURE - UNTERSCHRIFT - FIRMA