

**DOMANDA DI INSERIMENTO NELL' ALBO REGIONALE MEDICI CERTIFICATORI
IDONEITA' ALLA GUIDA
ART.103 lettera a) Decreto Legs.vo 112/98
MEDICI ATTIVITA' CERTIFICATIVA PRIVATA**

Alla Regione Campania
Direzione Generale tutela della Salute
e Coordinamento del SSR
Centro Direzionale, Isola C/3
NAPOLI

Il/la sottoscritto Dott. _____
nato a _____
Prov. _____ il ____/____/____ Sesso M ☐ F ☐ ; C.F. _____
Comune di residenza _____ Prov. _____
Indirizzo _____ n. _____
CAP _____ tel _____

CHIEDE

di essere inserito nell'Albo dei Medici certificatori per il rilascio della certificazione di idoneità alla guida.
A tal fine, ai sensi del D.P.R. 445/2000, consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma
atti falsi o ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle Leggi Speciali in materia, dichiara:

- Di essere in possesso del Diploma di Laurea conseguito il _____ presso l'Università degli Studi di _____
- Di essere iscritto all'Ordine dei Medici della Provincia di _____ in data _____ con n° _____
- Di essere in possesso del codice identificativo rilasciato dalla Motorizzazione Civile competente per territorio con n. _____
- Di essere iscritto nell'Albo Regionale Medici Privati, in quanto appartenente ad una delle seguenti categorie (art. 119 CdS e successive modificazioni ed integrazioni; DD del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31.01.11)
- Di appartenere ad una delle seguenti categorie :
 1. medico appartenente ad uffici con funzioni di medicina-legale delle AA.SS.LL.
 2. medico responsabile dei servizi di base dei distretti sanitari
 3. medico appartenente al ruolo dei medici del Ministero della Salute
 4. medico del ruolo professionale dei sanitari della Polizia di Stato
 5. medico militare in servizio permanente effettivo
 6. medico della Guardia di Finanza (nota del Ministero della Salute prot. n. 16513 del 16.06.2014)
 7. medico del ruolo sanitario del Corpo nazionale dei Vigili del Fuoco
 8. ispettore medico del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali
 9. medico delle Ferrovie dello Stato;
 10. medico militare in quiescenza (Art. 2 del DD del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31.01.11)
 11. medico non più appartenenti alle strutture (Art. 3 del DD del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti del 31.01.11)

IL/LA SOTTOSCRITTO DICHIARA

di essere in possesso dei requisiti quale medico _____
di operare in ambulatorio autorizzato _____ in possesso dei requisiti previsti dalla vigente normativa

Data _____

Firma per esteso

Si allega:

- copia del documento identificativo in corso di validità
- copia documentazione a supporto

N.B. Si raccomanda di precisare esattamente per l'attività da svolgere l'indirizzo presso il quale trovasi la struttura pubblica di appartenenza, ovvero l'ambulatorio privato autorizzato. Se trattasi di attività intra-moenia precisare se viene svolta presso la struttura pubblica di appartenenza ovvero presso l'ambulatorio privato autorizzato.

Note: _____