



RICHIESTA CERTIFICATO DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE - GOOD STANDING

Il Certificato di Onorabilità Professionale (Good Standing), attesta l'assenza d'impedimenti, penali e/o professionali, all'esercizio della professione di Medico Chirurgo e/o di Odontoiatra, ed è rilasciato alle competenti Autorità dei Paesi esteri, ai fini dell'esercizio professionale e dell'eventuale iscrizione agli Ordini, ove esistenti. Dalla data del rilascio, ha validità 3 mesi.

Se deve essere richiesto per utilizzarlo in:

- **Paesi UE**
- **Confederazione Svizzera**
- **Paesi dell'Area SEE**

il rilascio del Certificato di Onorabilità professionale **deve essere richiesto al Ministero della Salute**.

La procedura per la richiesta è disponibile direttamente sul sito web del Ministero al seguente link:

[https://www.salute.gov.it/portale/moduliServizi/dettaglioSchedaModuliServizi.jsp?lingua=italiano&label=ervizionline&idMat=PROFS&idAmb=RTI&idSrv=AGGS&flag=P](https://www.salute.gov.it/portale/moduliServizi/dettaglioSchedaModuliServizi.jsp?lingua=italiano&label=servizionline&idMat=PROFS&idAmb=RTI&idSrv=AGGS&flag=P)

Se deve essere richiesto per utilizzarlo in:

- **Paesi extra UE (compreso il Regno Unito)**

il rilascio del Certificato di Onorabilità professionale deve essere richiesto all'Ordine professionale di appartenenza, compilando il modulo in allegato e presentando documento di identità in corso di validità.

Il certificato andrà in marca da bollo € 16,00, a carico del richiedente.

Il certificato viene rilasciato in italiano ed è a cura dell'iscritto procedere con la traduzione asseverata.

Per il ritiro è possibile delegare una persona, previa presentazione di documento di riconoscimento della stessa.

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO
DI ONORABILITÀ PROFESSIONALE (GOOD STANDING) PER
L'ESERCIZIO DELLA PROFESSIONE
IN PAESI NON ADERENTI ALL'UNIONE EUROPEA**

All'Ordine dei Medici Chirurghi e
degli Odontoiatri
della provincia di Gorizia

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a a _____ prov. _____ il _____
residente a _____ prov. _____ cap _____
in via/piazza _____
mail _____ cell. _____
iscritto/a all'Albo (*medici/odontoiatri*) _____ al numero _____
ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445, artt. 46, 47 e 76, consapevole delle sanzioni previste dal Codice Penale per dichiarazioni mendaci

DICHIARA

- di **non** aver riportato condanne penali e di **non** essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'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** aver riportato sanzioni amministrative o disciplinari relativamente al campo professionale sia in Italia che in altri Paesi
- 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 **aver riportato** condanne penali e sanzioni amministrative e disciplinari in Italia che in altri Paesi che di seguito si specificano:
- di **aver in corso** procedimenti penali sia in Italia che in altri Paesi che di seguito si specificano:

CHIEDE

il rilascio di un certificato di **Onorabilità professionale (Good Standing)** in quanto intende esercitare la propria attività professionale nel seguente **Paese non aderente all'Unione Europea**

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere stato informato/a sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del D.Lgs. n. 196/2003

Gorizia, li _____ Firma _____

Consegnare una marca da bollo da Euro 16,00 da applicare sul certificato all'atto del ritiro e presentare documento di identità in corso di validità. N.B. in caso consegna tramite delega, fornire documento di identità del delegato.