



*ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO*

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228*

**DOCUMENTI NECESSARI PER LA CANCELLAZIONE  
ALBO MEDICI CHIRURGHI o ALBO ODONTOIATRI o DOPPI ISCRITTI  
NOTE INFORMATIVE**

**La modulistica può essere inviata via posta, via PEC o consegnata a mano presso gli uffici di segreteria dell'Ordine.**

**LA DOMANDA DI CANCELLAZIONE DEVE ESSERE PRESENTATA ENTRO IL  
30 NOVEMBRE DELL'ANNO IN CORSO**

**Per la pratica di cancellazione all'albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri è necessario:**

1. compilare il modulo – domanda che comprende l'autocertificazione per i dati anagrafici, per la laurea, l'esame di stato e per i carichi pendenti, apponendo una marca da bollo da € 16,00. Se il modulo viene inviato via PEC, indicare nella lettera accompagnatoria il numero di serie della marca da bollo acquistata e applicare direttamente la marca sul modulo

**NB: l'istanza in originale recante la marca da bollo annullata DEVE essere conservata agli atti del richiedente per eventuali controlli da parte dell'amministrazione**

*Si ricorda che la cancellazione non consente più di esercitare l'attività professionale (a qualunque titolo) compresa la possibilità di rilasciare ricette ad uso personale.*

**Documenti da allegare:**

1. copia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. copia versamenti quota Ordine e quota ENPAM dell'anno in corso (se in possesso).

**Per informazioni:** Ufficio di Segreteria dell'Ordine tel. 0461 825094

**AVVISO**

**SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO LA CANCELLAZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE DI COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.**

**IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE QUALSIASI CONDANNA, ANCHE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.**

**SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA DECADENZA DAI BENEFICI E LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.**



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228

**Marca da  
bollo  
Euro 16,00**

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

**CANCELLAZIONE:**

Il sottoscritto Dott.....

sotto la propria responsabilità, consapevole delle responsabilità penali e consapevole che incorrerebbe nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni che non risulterebbero veritiere, ai sensi degli artt. 46, 47, 75 e 76 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445,

**CHIEDE**

**LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI  
QUESTA PROVINCIA**

- Albo Medici Chirurghi
- Albo Odontoiatri
- Doppia iscrizione

Motivazione:

- per trasferimento all'estero;
- per rinuncia all'iscrizione;

Decorrenza:

- dal primo Consiglio Direttivo utile dopo la presentazione della presente domanda (tenendo conto del termine ultimo di presentazione della domanda del 30 novembre dell'anno in corso);  
*oppure*
- dicembre dell'anno in corso.

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**DICHIARA**

(barrare solo le voci che interessano)

- di essere nato a ..... prov. ( ) il .....

- codice fiscale.....
- codice ENPAM .....
- di essere residente a ..... prov. ( )  
CAP..... in via..... n.....
- RECAPITO PER EVENTUALE CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)  
Comune di ..... prov. ( )  
CAP..... in via..... n.....
- Recapito telefonico.....
- Cellulare.....
- E-mail.....
- PEC .....
- di essere cittadino.....
- di aver conseguito il diploma di laurea in .....  
il .....presso l'Università degli Studi di.....  
con voto.....
- di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di.....  
il.....nella sessione.....presso l'Università degli Studi di  
.....

#### **DICHIARA ALTRESI'**

**di avere**       **di non avere**  
riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;

**di essere**       **di non essere**  
a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;

**di avere**       **di non avere**  
riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

**di avere**       **di non avere**  
riportato condanne penali;  
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

**di godere**       **di non godere**  
dei diritti civili;

**di essere**       **di non essere**

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

**di avere**       **di non avere**

di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;

**di essere**       **di non essere**

in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM.

Allega:

1. fotocopia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. fotocopia versamenti di avvenuto pagamento della quota Ordine e della quota ENPAM dell'anno in corso

**IMPORTANTE: IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, INOLTRE, A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE PER ISCRITTO QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DEI DIRITTI COMPRESSE LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO, RESIDENZA, DOMICILIO, INDIRIZZO E-MAIL, INDIRIZZO PEC, ETC.**

**L'ORDINE DECLINA OGNI RESPONSABILITA' PER MANCATO RECAPITO DI CORRISPONDENZA IN CASO DI NON AVVENUTA COMUNICAZIONE FORMALE DI VARIAZIONE DI DATI.**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

Trento, \_\_\_\_\_,

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott.....,

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

AVVERTENZA: Ai sensi delle Disposizioni in materia di certificati e dichiarazioni sostitutive art 15 L.n. 183/2011 la presente Amministrazione Pubblica non richiede certificati all'interessato

---

**SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO**

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

- è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento .....
- è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. ....  
identificato con documento .....
- è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza

---