



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

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

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento (da inviare via mail, PEC, posta ordinaria oppure da consegnare a mano):

RICHIESTA MODIFICA DATI:

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 MODIFICA DEI DATI COMUNICATI PRECEDENTEMENTE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI QUESTA PROVINCIA

- Albo Medici Chirurghi
- Albo Odontoiatri

(barrare e compilare solo la parte di interesse)

- DATI ANAGRAFICI (ad es. nuovo codice fiscale, nuova residenza o domicilio, etc.)

.....
.....

- TITOLI ACCADEMICI E DI SPECIALIZZAZIONE

Denominazione del titolo:.....
Conseguito a:.....il.....

- POSIZIONE PROFESSIONALE E SEDE DI SVOLGIMENTO

.....
.....

- ALTRO.....

.....

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI
DICHIARA**

(barrare solo le voci che interessano)

- di essere nato a prov. () il
- codice fiscale.....
- codice ENPAM (se disponibile).....
- 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 (OBBLIGATORIA PER TUTTI GLI ISCRITTI AGLI ORDINI PROFESSIONALI).....
(per chi non avesse già provveduto ad attivare un indirizzo di posta elettronica certificata, è possibile creare la casella PEC in
convenzione con l'Ordine dopo la pratica di iscrizione)
- di essere cittadino.....
- di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel comune di(prov.).....
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento
 - Albo Medici Chirurghi n.dal
 - Albo Odontoiatri n.dal
- di non essere stato cancellato per morosità ed irreperibilità, né di essere stato radiato da alcun altro
Ordine provinciale

Allega:

1. fotocopia del documento di identità (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. Documenti in originale per gli eventuali titoli conseguiti (se disponibili).

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 o posta elettronica o PEC corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data _____

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza