



**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/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....

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**

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

### 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**

interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

**di avere**       **di non avere**

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

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 comunica che 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, con apposita informativa integrale ex art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 reperibile sul sito istituzionale dell'Ordine [https://www.ordinemedicitn.it/wp-content/uploads/2024/09/2024\\_INFORMATIVA-INTEGRALE-PRATICHE-PROFESSIONALI.pdf](https://www.ordinemedicitn.it/wp-content/uploads/2024/09/2024_INFORMATIVA-INTEGRALE-PRATICHE-PROFESSIONALI.pdf). 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 pubblicata nella sezione Modulistica e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

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

---