



**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:

**Marca da bollo  
Euro 16,00**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....

Codice fiscale .....

**CHIEDE L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TRENTO:**

- ALBO MEDICI CHIRURGHI**
- ALBO ODONTOIATRI**

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, sotto la propria responsabilità

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**DICHIARA:**

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

di essere cittadino/a.....

di essere residente a ..... prov. (.....)

Indirizzo.....n. .... CAP.....

RECAPITO PER EVENTUALE CORRISPONDENZA (*se diverso dalla residenza*)

Comune..... prov. (.....)

Indirizzo.....n. .... CAP.....

codice ENPAM (*se disponibile*) .....

Cellulare .....Telefono .....

E-mail .....  
questa e-mail verrà utilizzata anche per l'invio della newsletter istituzionale  
IN SEGUITO ALLA RICEZIONE DELLA PRIMA NEWSLETTER POTRAI GESTIRE LA TUA ISCRIZIONE O MODIFICARE L'INDIRIZZO IN AUTONOMIA

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 essersi immatricolato nell'anno .....presso l'Università degli Studi di.....

di aver conseguito il diploma di **Laurea** in  **MEDICINA E CHIRURGIA**  
 **ODONTOIATRIA E PROTESI DENTARIA**  
il ..... presso l'Università degli Studi di.....  
con voto.....

**LAUREA ABILITANTE** ai sensi dell'art. 102 comma 1 del Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 convertito con modificazioni dalla Legge 24 aprile 2020 n. 27  
 di aver superato l'esame di **abilitazione** all'esercizio della professione il.....  
nella ..... sessione, presso l'Università degli Studi di.....

di aver conseguito il diploma di specializzazione in .....  
il .....presso l'Università degli Studi di.....  
con voto.....

per i **titoli conseguiti all'estero:**  
riconoscimento del Ministero della Salute con decreto del .....  
(*da presentarsi in originale*)

di svolgere la propria attività professionale presso.....  
.....

#### CITTADINI UE

- di possedere il decreto di riconoscimento della laurea da parte del Ministero della Salute (*da presentarsi in originale*)
- di possedere il certificato di GOOD STANDING (*da presentarsi in originale*)

#### CITTADINI EXTRA UE

- di essere in regola con il permesso di soggiorno (*da presentarsi in originale*)
- di possedere il decreto di riconoscimento della laurea da parte del Ministero della Salute (*da presentarsi in originale*)
- di possedere il certificato di GOOD STANDING (*da presentarsi in originale*)

## **ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO**

- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di .....
- ALBO MEDICI CHIRURGHI dal .....al n. ....
- ALBO ODONTOIATRI dal .....al n. ....
- di NON avere procedimenti disciplinari e penali pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

## **REISCRIZIONE**

- di essere stato iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di .....
- ALBO MEDICI CHIRURGHI dal ..... al .....al n. ....
- ALBO ODONTOIATRI dal ..... al .....al n. ....
- cancellato per il seguente motivo: .....
- di NON essere stato cancellato da altro Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri per morosità e irreperibilità, né di essere stato radiato o sospeso per motivi disciplinari o penali da alcun albo nazionale o di altro stato estero
- di NON aver presentato ricorso alla Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'albo.

## **DICHIARA ALTRESI'**

- di avere**       **di NON avere**  
riportato condanne penali o di 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**  
condanne penali;  
(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche qualora 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 o sottoposto a procedura fallimentare
- di essere**       **di NON essere**  
impiegato in una pubblica amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

### **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 \_\_\_\_\_

### **ALLEGATI:**

- copia del codice fiscale e del documento di identità (in corso di validità);
- n. 1 fotografia formato tessera;
- ricevuta comprovante il versamento delle Tasse Concessioni Governative di euro 168,00 da effettuare su C/C postale n. 8003 intestato all'Agenzia delle Entrate (per reinscrizione);
- ricevuta versamenti di avvenuto pagamento della quota Ordine e della quota ENPAM dell'anno in corso (per trasferimento);
- certificati in originale di specialità o di altri titoli conseguiti (se non già consegnati all'Ordine di provenienza)

PER EVENTUALI ULTERIORI INFORMAZIONI SI PREGA DI CONTATTARE LA SEGRETERIA DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI TRENTO AL N. 0461 825094  
DAL LUNEDI' AL VENERDI' DALLE 9.00 ALLE 14.00 – IL MERCOLEDI' FINO ALLE 17.00

**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

---