



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

dei diritti civili;

di non godere

di essere

interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

di non essere

di avere

avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;

di non avere

di essere

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

di non essere

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. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e



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

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

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