



**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

RICHIESTA MODIFICA DATI

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 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



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

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

**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



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

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

Allega:

1. fotocopia del documento di identità (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. certificati 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 COMPRESI LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO, RESIDENZA, DOMICILIO, INDIRIZZO E-MAIL, INDIRIZZO PEC, ETC. L'ORDINE DECLINA OGNI RESPONSABILITÀ 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 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/dalla sig./sig.ra
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
