



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*)

CellulareTelefono

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'annopresso 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
ilpresso 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 essere in regola con i versamenti dei contributi ad ENPAM
- 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 iscrizione);
- 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. 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
