



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

38121 Trento - Via Valentina Zambra, 16

tel. 0461 825094 - fax 0461 829360

Riservato Uff. Ordine dei  
Medici e degli Odontoiatri -TRENTO

Prot. n°  
del

Bollo  
€ 14,62

**All'Ordine dei Medici Chirurghi e  
degli Odontoiatri della provincia di Trento**

Via Valentina Zambra, 16  
38121 TRENTO

OGGETTO: PRIMA ISCRIZIONE

Albo Medici Chirurghi

Albo Odontoiatri

Il sottoscritto Dott. (cognome)

(nome)

ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della legge 15 maggio 1997 n. 127 e successive modifiche e integrazioni, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 legge 4 gennaio 1968 n. 15)

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**DICHIARA**

**(barrare solo le voci che interessano)**

di essere nato a: \_\_\_\_\_ prov. ( ) il \_\_\_\_\_  
cod. fiscale n. \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) in via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ di essere cittadino \_\_\_\_\_  
di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di \_\_\_\_\_ prov. ( )  
di essersi immatricolato nell'anno \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
di aver conseguito il diploma di laurea in \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_  
di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_  
di svolgere la propria attività professionale presso \_\_\_\_\_  
di impegnarsi a segnalare tempestivamente, nei modi dovuti, qualsiasi variazione, modifica o perdita di diritti.  
di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali, ai sensi della legge 675/96.

Il sottoscritto Dott. (cognome)

(nome)

Albo Medici Chirurghi

Albo Odontoiatri

per quanto sopra dichiarato

**CHIEDE**  
**L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI QUESTA PROVINCIA**

Allega:

certificato del Casellario Giudiziale (o dichiarazione sostitutiva atto di notorietà)

certificato di laurea (o autocertificazione)

certificato di esame di stato (o autocertificazione)

ricevuta di versamento della tassa di concessione governativa di Euro 168,00 sul c/c 8003 (presso Ufficio Postale)

ricevuta di versamento della tassa di iscrizione all'Albo di Euro 196,00 (in caso di **doppia iscrizione** l'importo è pari a Euro 173,00) da versare tramite bonifico bancario alla Cassa Rurale di Trento Ag. Top Center - c/c IT63K0830401803000002721591 intestato a : Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento.

fotocopia del numero di codice fiscale

1 foto formato tessera per fascicolo personale

1 foto formato tessera per tesserino di riconoscimento

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE.....

Recapito per eventuale corrispondenza (se diverso dalla residenza anagrafica):

Comune

CAP

prov. ( )

Via/Piazza/Loc

n

**CONSENSO RELATIVO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI (ai sensi legge 31 dicembre 1996, n. 675)**

Io sottoscritto ..... ai sensi della legge n. 675/96, concernente "La tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali"

**ESPRIMO IL MIO CONSENSO E AUTORIZZO**

l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri al trattamento dei miei dati personali da parte degli uffici preposti, ivi compresa la pubblicazione sull'Albo di altri dati non obbligatori (es. numero telefonico, e-mail, etc.)

Data, .....

Firma .....

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

Il sottoscritto.....incaricato, attesta, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15 che il Dott.....

identificato a mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

*Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza*

**DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI ATTO DI NOTORIETÀ**  
**D.P.R. 20.10.1998 n. 403**

Il/La Sottoscritto/a

nato/a ..... il

con residenza anagrafica nel Comune di .....  
ai sensi e per gli effetti della Legge 4 gennaio 1968 n. 15 e della Legge 15 maggio 1997 e successive modificazioni ed integrazioni Il/La Sottoscritto/a consapevole della responsabilità penale cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci e false attestazioni, sotto la propria personale responsabilità (art. 26 L. 04.01.1968 n. 15)

**DICHIARA**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.**

di non avere procedimenti penali in pendenza

Data, .....

Firma .....

---

**AVVERTENZA:** il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

Il sottoscritto.....incaricato, attesta, ai sensi della legge 4 gennaio 1968 n. 15

che il Dott.....

identificato a mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

*Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza*