



**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: CANCELLAZIONE

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. \_\_\_\_\_ cod. ENPAM \_\_\_\_\_  
di essere residente a \_\_\_\_\_ prov. ( ) in via \_\_\_\_\_  
recapito telefonico \_\_\_\_\_ cittadino \_\_\_\_\_ e mail \_\_\_\_\_ Pec \_\_\_\_\_  
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 essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento  
Albo Medici Chirurghi n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
Albo Odontoiatri n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_  
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.  
di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità, né di essere stato radiato da alcun altro Ordine provinciale.

Il sottoscritto Dott. (cognome)

(nome)

Albo Medici Chirurghi

Albo Odontoiatri

per quanto sopra dichiarato

**CHIEDE**

**LA CANCELLAZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI QUESTA PROVINCIA**

Allega:

dichiarazione sostitutiva atto di notorietà

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 e procedimenti e provvedimenti disciplinari in pendenza  
di essere in regola con il pagamento dei contributi dovuti all'Ordine di appartenenza e all'E.N.P.A.M. alla data di presentazione della domanda.

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*