



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento**  
**Via Valentina Zambra, 16 38121 TRENTO**

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
Via Valentina Zambra, 16  
38121 TRENTO

**Marca da  
bollo  
Euro 14,62**

Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs.196/2003. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D.Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi alla Segreteria dell'Ordine.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| OGGETTO: 1. PRIMA ISCRIZIONE                            | <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |
| 2. ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE         | <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |
| 3. REISCRIZIONE   | <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |
| 4. ISCRIZIONE CITTADINI STRANIERI (Comunitari ed Extra) | <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |
| 5. CANCELLAZIONE  | <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |

Il sottoscritto Dott.....  
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,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**DICHIARA**

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

- di essere nato a ..... prov. ( ) il .....
- codice fiscale .....  codice ENPAM .....
- di essere residente a ..... prov. ( ) in via .....
- recapito telefonico .....  e-mail .....
- indirizzo PEC.....
- 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 essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale
- di essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute ( fornire dati G.U. di pubblicazione)

**5. LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

- Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri
- per cessazione attività
- per trasferimento all'estero

**DICHIARA**

- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

\*\*\*\*\*

**IMPORTANTE:**

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente per iscritto qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese 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 variazioni di dati.

**PRIVACY**

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/2003 e s.m e del rinvio all'informativa ed al regolamento specifico in materia adottato dall'Ordine.

Luogo e data ..... FIRMA .....

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

Comune ..... Cap ..... Prov. ....

Via/Piazza/Loc. .... n° .....

Data, ..... FIRMA .....

**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

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

Il sottoscritto ..... incaricato, attesta, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che il Dott. .... identificato a mezzo di ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data .....

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza



**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento**  
**Via Valentina Zambra, 16 38121 TRENTO**  
**INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003**  
**(Codice in materia di protezione dei dati personali)**

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05.04.1950 n. 211 e della ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali è indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità.

L'acquisizione dei dati potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa.

L'eventuale diniego determinerà l'impossibilità di acquisire i dati richiesti ed impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. Cognome e nome;
2. Luogo e data di nascita;
3. Cittadinanza;
4. Residenza o domicilio;
5. Codice fiscale;
6. Diploma di laurea e di abilitazione;
7. Eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. Eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. Eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. Godimento dei diritti civili

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DEL  
REGOLAMENTO SPECIFICO IN MATERIA ADOTTATO DALL'ORDINE E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL  
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Data .....

Firma

.....

**IL SOTTOSCRITTO AI SENSI DEL COMMA 4 DELL'ART 61 D.LGS n. 19620/03 ACCONSENTE ALLA  
DIFFUSIONE A TERZI DI INFORMAZIONI O NOTIZIE RELATIVE A SPECIALI QUALIFICAZIONI  
PROFESSIONALI NON MENZIONATE NELL'ALBO O ALLA DISPONIBILITA' AD ASSUMERE INCARICHI O A  
RICEVERE MATERIALE INFORMATIVO A CARATTERE SCIENTIFICO INERENTI ANCHE INIZIATIVE  
CULTURALI FORMATIVE**

Data .....

Firma

.....