



**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: ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE

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
DICHARA**

(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

Albo Medici Chirurghi n

dal

Albo Odontoiatri n

dal

di essere stato 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

L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI

Allega:

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

fotocopia del numero di codice fiscale

1 foto formato tessera per tesserino di riconoscimento

1 certificato di iscrizione all'Ordine di appartenenza

fotocopia versamenti quota ENPAM e quota Ordine anno in corso

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 riportato condanne penali

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