



**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

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

Via Valentina Zambra, 16
38121 TRENTO

OGGETTO: MODIFICA DATI

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

MODIFICA DATI ISCRITTI ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Relativi a:

Dati anagrafici

Nuovi dati

Titoli di carriera

Nuovi dati

Titoli accademici e di specializzazione

Posizione professionale

Altro

Allega

dichiarazione sostitutiva di certificazioni

documentazione in originale

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

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

(Art. 2 legge 4 gennaio 1968 n. 15 e successive modifiche e integrazioni)

Il/La Sottoscritto/a (cognome) _____ (nome) _____
consapevole delle responsabilità penali cui può andare incontro in caso di dichiarazione mendace, ai sensi e per gli effetti
dell'art. 2 della legge n. 15/1968 e successive modificazioni e integrazioni,

DICHIARA

- 1) di essere nato/a a _____ il _____
- 2) di essere residente in _____
- 3) di essere cittadino/a _____

Data,

Firma

NOTA BENE! la firma non è soggetta ad autenticazione