



**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: REISCRIZIONE

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 stato 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

LA REISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI

Allega:

dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

ricevuta di versamento 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 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

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