



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228*

**DOCUMENTI NECESSARI PER IL TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE  
ALBO MEDICI CHIRURGHI o ALBO ODONTOIATRI o DOPPI ISCRITTI  
NOTE INFORMATIVE**

**Per la pratica di trasferimento all'Albo dei Medici Chirurghi e/o degli Odontoiatri della provincia di Trento è necessario:**

1. essere residenti o avere il domicilio o svolgere l'attività professionale in provincia di Trento;
2. compilare il modulo – domanda che comprende l'autocertificazione per i dati anagrafici, per la laurea, l'esame di stato, la specialità o altri titoli (se conseguiti) e per i carichi pendenti, apponendo una marca da bollo da € 16,00.

**Documenti da allegare:**

1. fotocopia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. n. 1 fotografia formato tessera;
3. fotocopia versamenti quota Ordine e quota ENPAM dell'anno in corso;
4. certificati in originale della specialità o di altri titoli conseguiti (se in vostro possesso e se non già consegnati all'Ordine di provenienza).

**Per informazioni:** Ufficio di Segreteria dell'Ordine tel. 0461 825094

**AVVISO**

**SI EVIDENZIA A COLORO CHE RICHIEDONO L'ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI MEDIANTE AUTOCERTIFICAZIONE DI COMPILARE CORRETTAMENTE LA DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA, PER EVITARE DI INCORRERE IN RESPONSABILITA'.**

**IN PARTICOLARE, NEL DICHIARARE LA PROPRIA SITUAZIONE DEI CARICHI PENDENTI, E' FATTO OBBLIGO DI DICHIARARE QUALSIASI CONDANNA, ANCHE SU PATTEGGIAMENTO O CON IL BENEFICIO DELLA CONDIZIONALE COME DEL PARI QUALSIASI CARICO PENDENTE.**

**SI SEGNALE CHE TUTTE LE DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE VENGONO CONTROLLATE PRESSO GLI UFFICI COMPETENTI E CHE LA MANCATA INDICAZIONE DI CONDANNE O PROCEDIMENTI IMPLICA LA TRASMISSIONE DEGLI ATTI ALL'AUTORITA' GIUDIZIARIA.**



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

*Via V. Zambra, 16 – 38121 Trento  
Cod. Fisc. 80013290228*

**Marca da  
bollo  
Euro 16,00**

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

**ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE:**

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,

**CHIEDE**

**L'ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI.....**

- Albo Medici Chirurghi
- Albo Odontoiatri

**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. ( )  
CAP..... in via.....n.....
- RECAPITO PER EVENTUALE CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza anagrafica)  
Comune di ..... prov. ( )  
CAP..... in via.....n.....
- Recapito telefonico.....

- Cellulare.....
- E-mail.....
- PEC (OBBLIGATORIA PER TUTTI GLI ISCRITTI AGLI ORDINI PROFESSIONALI).....  
(per chi non avesse già provveduto ad attivare un indirizzo di posta elettronica certificata, è possibile creare la casella PEC in convenzione con l'Ordine dopo la pratica di iscrizione)
- di essere cittadino.....
- 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.....nella sessione.....presso l'Università degli Studi di  
.....
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in .....  
il .....presso l'Università degli Studi di.....  
con voto.....
- di aver conseguito altri titoli: .....  
il .....presso .....  
con voto.....
- di svolgere la propria attività professionale presso.....  
.....
- di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di.....  
.....
  - Albo Medici Chirurghi dal .....
  - Albo Odontoiatri dal .....
  - Elenco Psicoterapeuti dal.....
  - Registro delle Medicine Complementari dal.....

**DICHIARA ALTRESI'**

- di avere**       **di non avere**  
riportato condanne penali e di non essere destinatario di provvedimenti che riguardano l'applicazione di misure di sicurezza e misure di prevenzione, di decisioni civili e di provvedimenti amministrativi iscritti nel casellario giudiziale ai sensi della vigente normativa;
- di essere**       **di non essere**  
a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di avere**       **di non avere**

riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;

**di avere**       **di non avere**

condanne penali;

(produrre la relativa documentazione in copia conforme anche quando siano stati concessi i benefici della sospensione condizionale della pena e della non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, incluse le sentenze di patteggiamento)

**di godere**       **di non godere**

dei diritti civili;

**di essere**       **di non essere**

interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

**di avere**       **di non avere**

procedimenti penali e disciplinari pendenti;

**di essere**       **di non essere**

in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM.

Allega:

5. fotocopia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate (il documento di identità deve essere in corso di validità);

6. n. 1 fotografia formato tessera;

7. fotocopia versamenti di avvenuto pagamento della quota Ordine e della quota ENPAM dell'anno in corso.

**IMPORTANTE: IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA, INOLTRE, A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE PER ISCRITTO QUALSIASI VARIAZIONE, MODIFICA O PERDITA DEI DIRITTI COMPRESSE LE VARIAZIONI DI INDIRIZZO, RESIDENZA, DOMICILIO, INDIRIZZO E-MAIL, INDIRIZZO PEC, ETC.**

**L'ORDINE DECLINA OGNI RESPONSABILITA' PER MANCATO RECAPITO DI CORRISPONDENZA IN CASO DI NON AVVENUTA COMUNICAZIONE FORMALE DI VARIAZIONE DI DATI.**

**AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE**

Trento, \_\_\_\_\_,

FIRMA \_\_\_\_\_

**INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Trento, in qualità di "Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nella domanda di iscrizione all'Albo professionale e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua richiesta o esercizio di diritti il Titolare del Trattamento ha individuato e nominato, a norma dell'articolo 37 del Regolamento il Responsabile della protezione dei dati, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 che Le è stata consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto dott.....,  
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

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

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Il sottoscritto.....incaricato, ATTESTA ai sensi dell'art. 30 del T.U. D.P.R. 445/2000, che l'istanza:

è stata presentata personalmente dal sottoscrittore identificato con documento .....

è stata presentata, corredata da copia del documento di identità valido del sottoscrittore, dal sig. ....

identificato con documento .....

è pervenuta a mezzo posta corredata di copia del documento di identità valido del sottoscrittore.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza