



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

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

**DOCUMENTI NECESSARI PER LA CANCELLAZIONE ALBO DELLE STP  
NOTE INFORMATIVE**

**Per la pratica di cancellazione all'albo delle STP è necessario:**

1. compilare il modulo – domanda apponendo una marca da bollo da € 16,00.

**Documenti da allegare:**

1. fotocopia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate del legale rappresentante (il documento di identità deve essere in corso di validità);
2. copia versamenti di avvenuto pagamento della quota Ordine ed eventuale pagamento della quota ENPAM dell'anno in corso;
3. copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese;
4. copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo.

**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 RIPORTATA, 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:

**CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP:**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa .....  
nato/a a .....Prov. .... il .....  
C.F. ...., Legale rappresentante della Società tra  
Professionisti denominata .....  
iscritta al n. ....dell'apposita Sezione Speciale dell'Albo delle STP dell'Ordine dei  
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento con decorrenza dal .....  
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**

**LA CANCELLAZIONE DALL'ALBO DELLE STP DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI  
ODONTOIATRI DI QUESTA PROVINCIA PER I SEGUENTI MOTIVI:**

- Cessazione attività dal .....
- Cancellazione dalla sezione speciale del Registro delle Imprese dal .....
- Scadenza del termine fissato dall'atto costitutivo dal .....
- Carenza dei requisiti di cui all'art. 11 del DM 8 febbraio 2013, n. 34 .....
- Trasferimento all'albo della Provincia di .....
- Altro

## A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI

### DICHIARA

sotto la propria responsabilità e consapevole delle sanzioni penali, ai sensi degli artt. 75 e 76 del D.P.R. 445/2000:

**di essere**       **di non essere**

in regola con il pagamento delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM (se presente il Direttore Sanitario)

**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**

riportato 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**

di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare;

**di avere**       **di non avere**

di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti;

Allega:

- copia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate del legale rappresentante della STP (il documento di identità deve essere in corso di validità);
- copia versamenti di avvenuto pagamento della quota Ordine ed eventuale pagamento della quota ENPAM dell'anno in corso;
- copia della cancellazione dalla sezione speciale del registro delle imprese;
- copia della scadenza del termine dell'atto costitutivo.

**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