



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

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

**PROCEDURA SEMPLIFICATA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO CON LAUREA
ABILITANTE in base all'art. 102 del decreto legge n. 18 del 17/03/2020**

IL MODULO D'ISCRIZIONE DOVRA' PERVENIRE ALL'ORDINE VIA MAIL A info@ordinemedicitn.org o PEC a segreteria.tn@pec.omceo.it

L'ISCRIZIONE AVVERRA' IL PRIMA POSSIBILE. SIETE PREGATI DI CONTROLLARE IL SITO INTERNET DELL'ORDINE PER VERIFICARE LA DATA E IL NUMERO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE: <http://omcotn.servizi.tecsis.it/index.php/ricerca-nell-albo>
LA LETTERA DI ISCRIZIONE E IL TESSERINO VERRANNO INVIATI VIA POSTA ALL'INDIRIZZO DI RESIDENZA O DOMICILIO COMUNICATO SUL MODULO DI ISCRIZIONE.

GLI ISCRITTI DOVRANNO, ENTRO IL TERMINE DI 15 GIORNI DALLA FINE DELLO STATO DI EMERGENZA DELIBERATO DAL CONSIGLIO DEI MINISTRI, SANARE LA LORO POSIZIONE AMMINISTRATIVA (MARCA DA BOLLO, TASSA DI CONCESSIONE GOVERNATIVA E QUOTA DI ISCRIZIONE ALL'ALBO):

- Marca da bollo di euro 16,00
- Quota di iscrizione all'Ordine di € 175,00 tramite bonifico bancario alla Cassa Rurale di Trento - Filiale Solteri IBAN: IT 63 K 08304 01803 000002721591 intestato a Ordine Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Trento;
- Tassa di Concessione Governativa di € 168,00 a mezzo c/c postale n. 8003 intestato a Agenzia delle Entrate - Centro Operativo di Pescara Tasse Concessioni Governative.

PER CHI NECESSITASSE URGENTEMENTE L'ATTIVAZIONE DI UNA CASELLA PEC, SI FA PRESENTE CHE QUELLA IN CONVENZIONE CON L'ORDINE RICHIEDE TEMPI DI ATTIVAZIONE AL MOMENTO NON DEFINIBILI.

SI CONSIGLIA PERTANTO DI ATTIVARE AUTONOMAMENTE UNA CASELLA PEC E DI COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE ALL'ORDINE L'INDIRIZZO. ALLA SCADENZA, SI POTRA' ATTIVARE IN OGNI CASO QUELLA IN CONVENZIONE (<https://www.ordinemedicitn.org/wp-content/uploads/2018/10/Convenzione-PEC-Ordine-Aruba.pdf>).

Per l'iscrizione all'Albo dei Medici Chirurghi o degli Odontoiatri è necessario:

1. essere residenti o avere il domicilio in provincia di Trento;
2. compilare il modulo – domanda che comprende l'autocertificazione dei dati richiesti;

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.

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



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

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

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

**ISCRIZIONE MEDICI LAUREA ABILITANTE ART. 102 DEL DECRETO LEGGE 17.03.2020 N. 18
(G.U. N. 70 del 17.03.2020):**

Il sottoscritto Dott.....

DICHIARA DI TROVARSI NELLA FATTISPECIE DI CUI ALL'ART. 102 DEL DECRETO LEGGE N. 18
DEL 17.03.2020

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 ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI QUESTA
PROVINCIA**

- 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 (se disponibile).....
- di essere residente a prov. ()
CAP..... in via..... n.....

- RECAPITO PER EVENTUALE CORRISPONDENZA (se diverso dalla residenza)
 Comune di prov. ()
 CAP..... in via.....n.....
- Recapito telefonico.....
- Cellulare.....
- E-mail.....
 questa e-mail verrà utilizzata anche per l'invio della newsletter istituzionale;
 (IN SEGUITO ALLA RICEZIONE DELLA PRIMA NEWSLETTER POTRAI GESTIRE LA TUA ISCRIZIONE O MODIFICARE L'INDIRIZZO IN AUTONOMIA)
- 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
 ilpresso l'Università degli Studi di.....
 con voto.....

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**
 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**
 interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

- di essere** **di non essere**

iscritto in altro Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;

- di avere** **di non avere**

presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

Allega:

3. fotocopia del codice fiscale e del documento di identità non autenticate (il documento di identità deve essere in corso di validità);
4. n. 1 fotografia formato tessera;

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.

IL SOTTOSCRITTO SI IMPEGNA A REGOLARIZZARE LA PROPRIA POSIZIONE AMMINISTRATIVA, PER QUANTO CONCERNE TASSA GOVERNATIVA, BOLLO, QUOTA ISCRIZIONE, ENTRO 15 GIORNI DAL TERMINE DEL PERIODO EMERGENZIALE, COME DEFINITO DALLA DELIBERA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI DEL 31.01.2020 PUBBLICATA SULLA GAZZETTA UFFICIALE N. 26 DEL 01.02.2020.

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) (<https://www.ordinemedicitn.org/wp-content/uploads/2018/09/Informativa-Privacy-integrale.pdf>), dichiara 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