



RECEVUTO  
12 SET. 2017  
3278 - 03.01

Ministero dell'Economia e delle Finanze  
MARCA DA BOLLO  
€16,00  
SEDECI/00  
00000502  
00021775  
4576-00098  
IDENTIFICATIVO  
01151902991682  
0 1 15 190299 1682  
11/09/2017 11:18:06  
S01E460626641E4  
01151902991682

**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento**  
**Via Valentina Zambra, 16 38121 TRENTO**

All'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
Via Valentina Zambra, 16  
38121 TRENTO



Informativa ai sensi dell'art.13 D.Lgs.196/2003

I dati personali del presente modulo sono raccolti per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (DLCPS 233/1946 DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da Leggi, regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. Il trattamento dei dati personali sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I dati obbligatori saranno comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal D.Lgs.196/2003. Ai sensi dell'art.7 e 8 del D.Lgs.196/2003 i diritti di accesso sono esercitabili rivolgendosi alla Segreteria dell'Ordine.

OGGETTO:  PRIMA ISCRIZIONE

- 2. ISCRIZIONE PER TRASFERIMENTO DA ALTRO ORDINE
- 3. REISCRIZIONE
- 4. ISCRIZIONE CITTADINI STRANIERI (Comunitari ed Extra)
- 5. CANCELLAZIONE

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input checked="" type="checkbox"/> Albo Odontoiatri |
| <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri            |
| <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri            |
| <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri            |
| <input type="checkbox"/> Albo Medici Chirurghi | <input type="checkbox"/> Albo Odontoiatri            |

Il sottoscritto Dott. **ssa CORRADINI FEDERICA**  
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,

**A TITOLO DI DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONI**

**DICHIARA**

(barrare solo le voci che interessano)

di essere nato a **TRENTO** prov. ( **TN** ) il **27/07/1993**

codice fiscale **CRRFRC93L67L378K**  codice ENPAM

di essere residente a **TRENTO - 38123** prov. ( **TN** ) in via **ZITA LORENZI 22**

recapito telefonico **+39 3402408225**  e-mail **federica.corradini@hotmail.it**

indirizzo PEC

di essere cittadino **ITALIANO**

di avere in corso la pratica di trasferimento di residenza nel Comune di ..... prov. ( )

di essersi immatricolato nell'anno **2012** presso l'Università degli Studi di **MADRID (ES) - UAX**

di aver conseguito il diploma di laurea in **ODONTOIATRIA** il **05/07/2017** presso l'Università degli Studi di **MADRID (ES) - Università Alfonso X el Sabio** con voto **8.2 (otto punto due decimi)**

- di aver superato l'esame di abilitazione all'esercizio della professione di .....il.....  
presso l'Università degli Studi di .....
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in..... con voto .....  
presso l'Università degli Studi di ..... in data.....
- 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 essere 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 .....  
 Albo Medici Chirurghi n..... dal.....  Albo Odontoiatri n..... dal.....

**AUTOCERTIFICAZIONE SOSTITUTIVA**

- di non aver 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 non essere a conoscenza di essere sottoposto a procedimenti penali;
- di non aver riportato condanne penali che non sono soggette a iscrizione nel certificato del casellario giudiziale;
- di aver 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 dei diritti civili;
- di non essere interdetto, inabilitato né sottoposto a procedura fallimentare

Il sottoscritto Dott. **CORRADINI FEDERICA** .....

per quanto sopra dichiarato

**CHIEDE**

**1. L'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI QUESTA PROVINCIA**

- Albo Medici Chirurghi  Albo Odontoiatri

**DICHIARA**

- di non essere iscritto in altro Ordine provinciale dei Medici Chirurghi e di non essere impiegato a tempo pieno in una Pubblica Amministrazione il cui ordinamento vieti l'esercizio della libera professione;
- di non avere presentato ricorso alla Commissione Centrale o ad altro organo giurisdizionale avverso il diniego di iscrizione all'Albo.

Allega:

- ricevuta versamento della tassa di concessione governativa di Euro 168,00 sul c/c 8003 da richiedere presso gli Uffici Postali
- ricevuta di versamento della tassa di iscrizione all'Albo di Euro 175,00 da versare tramite bonifico bancario alla Cassa Rurale di Trento - filiale n. 18 Solteri codice Iban IT 63 K 083 0401 8030 00002721591 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

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

Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri  
iscritto presso l'Ordine della provincia di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al numero \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

Allega:

- fotocopia del numero di codice fiscale
- 1 foto formato tessera per tesserino di riconoscimento
- fotocopia versamenti quota Ordine e quota Enpam dell'anno in corso

**3. LA REISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri

**DICHIARA**

- di essere stato iscritto all'Ordine di \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ al n° \_\_\_\_\_
- di non essere stato cancellato per morosità e irreperibilità né di essere stato radiato da alcun Albo provinciale

Allega:

- ricevuta di versamento tassa di concessione governativa di Euro **168,00** sul c/c 8003 da richiedere presso gli Uffici Postali
- ricevuta di versamento della tassa di iscrizione all'Albo di Euro **175,00** (in caso di doppia iscrizione l'importo è pari a Euro **152,00** più **175,00** euro) da versare tramite bonifico bancario alla Cassa Rurale di Trento - Filiale n.18 Solteri - codice Iban IT 63 K 083 0401 8030 00002721591 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

**4. ISCRIZIONE DI CITTADINI STRANIERI**

**4.1.COMUNITARI**

Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri

**DICHIARA**

- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute ( fornire dati G.U. di pubblicazione)
- di possedere il certificato di good standing

**4.2 CITTADINI EXTRA COMUNITARI**

Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri

**DICHIARA**

- di essere in regola con il permesso di soggiorno da presentarsi in originale
- di essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di non essere stato iscritto al corso di laurea in Medicina e Chirurgia in sovrannumero
- di possedere il decreto di riconoscimento del Ministero della Salute ( fornire dati G.U. di pubblicazione)

**5. LA CANCELLAZIONE DALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TRENTO**

- Albo Medici Chirurghi                       Albo Odontoiatri
- per cessazione attività
- per trasferimento all'estero

**DICHIARA**

- di non avere procedimenti penali e disciplinari pendenti
- di essere in regola con i pagamenti delle quote di iscrizione all'Ordine e all'ENPAM

\*\*\*\*\*

**IMPORTANTE:**

Il sottoscritto si impegna, inoltre, a comunicare tempestivamente per iscritto qualsiasi variazione, modifica o perdita dei diritti comprese le variazioni di indirizzo, residenza, domicilio, indirizzo e - mail, indirizzo PEC, etc.

L'Ordine declina ogni responsabilità per mancato recapito di corrispondenza in caso di non avvenuta comunicazione formale di variazioni di dati.

PRIVACY

Il sottoscritto dichiara inoltre di essere informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Decreto legislativo 196/2003 e s.m e del rinvio all'informativa ed al regolamento specifico in materia adottato dall'Ordine.

Luogo e data 12/08/2017 .....

FIRMA  .....

Recapito per eventuale corrispondenza (se diverso dalla residenza anagrafica):

Comune ..... / ..... Cap ..... Prov. ....

Via/Piazza/Loc. .... n° .....

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

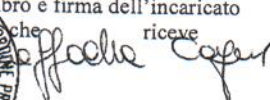
il dichiarante decade dai benefici conseguenti al provvedimento emanato sulla base delle dichiarazioni non veritiere

Il sottoscritto Raffaella Caputi ..... incaricato, attesta, ai sensi del D.P.R. 445/2000, che il Dott. Federico Corradini ..... identificato a mezzo di C.I.A. n° 3585242AA ..... ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data 12.08.2017 .....



..... membro e firma dell'incaricato  
che riceve l'istanza





**Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Trento**  
**Via Valentina Zambra, 16 38121 TRENTO**

INFORMATIVA AI SENSI dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003

(Codice in materia di protezione dei dati personali)

Ai sensi dell'art. 13 D.Lgs 196/2003, si informa che i dati personali forniti dall'interessato a questo ordine professionale, ovvero altrimenti acquisiti nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti, formano oggetto di trattamento automatizzato o manuale nei limiti previsti dall'art. 4, comma 1, lett. a) della normativa citata, attraverso strumenti ed accorgimenti idonei a garantirne la sicurezza e la riservatezza.

I dati personali dei propri iscritti sono utilizzati da questo Ordine per il raggiungimento dei fini istituzionali previsti dal DLCPS 13.09.1946 n. 233, dal relativo regolamento di attuazione approvato con DPR 05.04.1950 n. 211 e della ulteriore normativa vigente.

L'acquisizione, da parte dell'Ordine, dei seguenti dati personali è indispensabile per il raggiungimento delle suddette finalità.

L'acquisizione dei dati potrà avvenire direttamente presso l'interessato, ovvero presso le autorità depositarie, a norma delle leggi sulla semplificazione amministrativa.

L'eventuale diniego determinerà l'impossibilità di acquisire i dati richiesti ed impedirà l'iscrizione o il mantenimento dell'iscrizione all'Albo:

1. Cognome e nome;
2. Luogo e data di nascita;
3. Cittadinanza;
4. Residenza o domicilio;
5. Codice fiscale;
6. Diploma di laurea e di abilitazione;
7. Eventuale diploma/i di specializzazione o titolo/i di libera docenza;
8. Eventuale impiego a tempo pieno in una pubblica amministrazione;
9. Eventuali procedimenti penali in corso o precedenti provvedimenti penali;
10. Godimento dei diritti civili

Inoltre, l'Ordine potrà provvedere all'acquisizione di altri ed ulteriori dati, rispetto a quelli sopra enumerati, presso gli organismi, enti o autorità deputati a conservarli, allorché siano indispensabili per il conseguimento dei fini istituzionali.

I dati personali relativi agli iscritti di cui ai precedenti punti 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, saranno oggetto di pubblicazione sull'Albo e, pertanto, potranno essere comunicati o diffusi ai soggetti ai quali la normativa vigente consente di accedere.

In ogni caso i dati personali relativi agli iscritti all'Ordine non saranno trattati a fini di informazione commerciale o di invio di materiale pubblicitario o per il compimento di ricerche di mercato.

**IL SOTTOSCRITTO DICHIARA DI AVER PRESO VISIONE DI QUANTO SOPRA RIPORTATO E DEL  
REGOLAMENTO SPECIFICO IN MATERIA ADOTTATO DALL'ORDINE E DI DARE IL PROPRIO ASSENSO AL  
TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

Data 12/09/2017.....

Firma



**IL SOTTOSCRITTO AI SENSI DEL COMMA 4 DELL'ART 61 D.LGS n. 196/2003 ACCONSENTE ALLA  
DIFFUSIONE A TERZI DI INFORMAZIONI O NOTIZIE RELATIVE A SPECIALI QUALIFICAZIONI  
PROFESSIONALI NON MENZIONATE NELL'ALBO O ALLA DISPONIBILITA' AD ASSUMERE INCARICHI O A  
RICEVERE MATERIALE INFORMATIVO A CARATTERE SCIENTIFICO INERENTI ANCHE INIZIATIVE  
CULTURALI FORMATIVE**

Data 12/09/2017.....

Firma

