

**ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI
CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI
GORIZIA**

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 ("GDPR"), l'OMCeO della provincia di GORIZIA, in qualità di " Titolare del Trattamento " Le fornisce l'informativa informata integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica del sito dell'Ordine www.ordinemedici-go.it ove troverà le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali raccolti con la 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 GDPR, 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 GDPR reperibili nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordinee, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____
presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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 _____

Il/La sottoscritto/a dott. _____

iscritto/a all'Ordine dei Medici della Provincia di _____

CHIEDE

di poter inserire il proprio nominativo nell'elenco dei Medici disponibili per sostituzioni di Medicina Generale, ed autorizza a comunicarlo ai Medici che ne fanno richiesta.

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

DICHIARA INOLTRE

di essere nato a _____ (Prov. _____)

il _____ CF _____

di essere residente a _____ (Prov. _____) CAP _____

Via _____

Tel. _____ cell. _____

E-Mail _____ PEC _____

DISPONIBILE DAL _____ **AL** _____

Note:

Data _____

FIRMA
