



RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PUBBLICITA' SANITARIA

Singolo professionista

**AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
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 in formato 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 presente domanda 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'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

Il/La sottoscritto/a 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./dott.ssa _____

nato/a a _____ in data _____

residente a _____ in via/piazza _____

domicilio _____

telefono _____ mail _____

PEC _____



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



- Iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi della provincia di _____
- Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della provincia di _____
- Specialista in _____
- Non specialista ma documenta la professionalità in *(allegare, se non già depositata o se iscritto al altro Ordine, idonea documentazione)* _____

Ai sensi della L. n. 175/92 modificata dal decreto legge n. 223/2006 e della Legge di conversione n. 248/2006, CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ART. 55 (informazione sanitaria), ART. 56 (pubblicità dell'informazione sanitaria), E ART. 57 (divieto di patrocinio) DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014) E, A CONOSCENZA DELLE DIRETTIVE IMPARTITE DALLA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CON LA LINEA GUIDA ALLEGATA AL CODICE DI DEONTOLOGIA

- COMUNICA DI AVER GIA' PREDISPOSTO UN MESSAGGIO PUBBLICITARIO
oppure
- CHIEDE IL PARERE DI CONFORMITA'

PER IL SEGUENTE TESTO:

PUBBLICIZZATO MEDIANTE *(barrare la tipologia)*

- N. _____ TARGA/TARGHE**

DA FAR APPARIRE SU *(barrare la casella interessata)*:

[] targa professionale di cm _____ x _____ da apporre accanto alla porta di ingresso dell'edificio, sede dello studio;

[] targa professionale di cm _____ x _____ da apporre sulla recinzione esterna al giardino dell'edificio ove ha sede lo studio, accanto o sul cancello di ingresso;

[] targa professionale di cm _____ x _____ da apporre all'interno dell'edificio sede dello studio;



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



[] trasferimento della targa nell'ambito dello stesso comune (*allegare precedente autorizzazione*);

[] targa già autorizzata da integrare con la seguente dicitura (*allegare precedente autorizzazione*):

situata nel Comune di _____ via/piazza _____

- N. _____ INSEGNA/E O VETROFANIA/E**
- N. _____ INSERZIONI** su elenchi telefonici, sugli elenchi generali di categoria, su periodici destinati esclusivamente agli esercenti le professioni sanitarie e su giornali quotidiani e periodici d'informazione;
- SITO INTERNET** (*indicare l'URL o altro elemento idoneo ad individuare il sito*)

- ALTRO** (*specificare la tipologia in maniera dettagliata*)

DICHIARO INOLTRE DI ESERCITARE:

- Nel proprio studio professionale sito in _____
via/piazza _____ telefono _____



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**



Da associato/a con i seguenti Colleghi

nello studio professionale sito in _____

via/piazza _____ telefono _____

Si allegano i seguenti documenti:

1. Bozzetti/progetti riportanti il testo integrale dei messaggi pubblicitari e tutte le caratteristiche estetiche di ciascuna targa e/o insegna e/o vetrofania e/o inserzione;
2. Ricevuta del **versamento** PagoPA-pubblicità sanitaria pari a € 30,00 (per ricevere l'avviso di pagamento contattare la segreteria dell'Ordine);
3. Copia del documento di identità in corso di validità.

Luogo e data _____ Firma _____

**SPAZIO RISERVATO ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI GORIZIA**

Quest'Ordine, esaminata la richiesta

- RILASCIA nulla osta** (seduta consiliare d.d. _____)
- NON rilascia nulla osta** - MOTIVAZIONE DELLA DECISIONE

Data _____

Firma e timbro _____