



**RICHIESTA DI AUTORIZZAZIONE PUBBLICITA' SANITARIA**

**Strutture sanitarie private**

**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](http://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*) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- In possesso dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio rilasciata da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**IN QUALITÀ DI DIRETTORE SANITARIO DELLA STRUTTURA DENOMINATA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

sita nel Comune di \_\_\_\_\_ via/piazza \_\_\_\_\_

telefono \_\_\_\_\_ mail \_\_\_\_\_

*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 PUBBLICITÀ 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*

CHIEDE NULLA OSTA 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 della struttura;

targa professionale di cm \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ da apporre sulla recinzione esterna al giardino dell'edificio ove ha sede la struttura, accanto o sul cancello di ingresso;

targa professionale di cm \_\_\_\_\_ x \_\_\_\_\_ da apporre all'interno dell'edificio sede della struttura;

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)**

---

---

---

**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. Copia integrale dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della struttura e dei successivi provvedimenti riguardanti le variazioni intervenute;
3. Copia integrale dell'atto costitutivo e statuto dell'eventuale società;
4. Ricevuta del **versamento** PagoPA-pubblicità sanitaria pari a € 30,00 (per ricevere l'avviso di pagamento contattare la segreteria dell'Ordine);
5. Per i medici chirurghi ed odontoiatri operanti nella struttura, **iscritti ad Ordini diversi da quello di ubicazione della struttura stessa**, dichiarazione sostitutiva di certificazione attestante l'iscrizione all'Ordine.

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 \_\_\_\_\_