



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 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*)



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



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 _____