

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

(Art. 46 del DPR 28 dicembre 2000 n. 445)

-Residenza-

Da produrre agli organi della Pubblica Amministrazione, ai gestori di pubblici servizi ed ai privati che vi consentono.

Al Sig. PRESIDENTE dell'Ordine
dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia 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 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'Ordine e, a richiesta, sono disponibili presso gli uffici della Segreteria.

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

Nato/a _____ in data _____

Telefono _____ Cellulare _____

Mail _____ Indirizzo PEC _____

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ DI AVER CAMBIATO INDIRIZZO DI RESIDENZA

Indirizzo precedente:

Via/Piazza _____ n. civico _____

Comune _____ CAP _____

Indirizzo nuovo:

Via/Piazza _____ n. civico _____

Comune _____ CAP _____

Dichiaro di essere consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art. 75 d.p.r. 445/2000)

Data _____

Firma _____