

**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 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 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.

Ai sensi e per gli effetti della Legge 04.01.68 n. 15 e della Legge 15.05.97 n. 127 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 Legge 04.01.68, n. 15)

DICHIARA INOLTRE

di essere nato a _____ (Prov. _____)
il _____ CF _____
di essere residente a _____ (Prov.
_____) CAP _____ Via _____
Tel. _____ cell. _____
E-Mail _____ PEC _____

DISPONIBILE DAL _____ AL _____

Data _____

FIRMA
