

AL PRESIDENTE DELL'ORDINE  
DEI MEDICI CHIRURGHI E 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 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./prof./ssa .....

residente in .....cap.....

Via .....n. ....TEL/CELL.....

Email ..... PEC.....

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 55, 56 E 57 DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014),

**CHIEDE**

IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA SUL SEGUENTE TESTO DI PUBBLICITA' SANITARIA:

.....

.....  
.....  
.....  
**DA FAR APPARIRE SU:**

- 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
- TRASFERIMENTO DELLA TARGA NELL'AMBITO DELLO STESSO COMUNE (allegare precedente autorizzazione)
- TARGA GIA' AUTORIZZATA DA INTEGRARE CON LA SEGUENTE DICITURA:

.....  
.....  
(allegare precedente autorizzazione)

SITUATO NEL COMUNE DI: ..... CAP  
..... VIA.....  
.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.

EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI (Legge. n. 112 del 3/05/2004)

Allegare alla domanda cd-rom dello spot pubblicitario in formato AVI

**ALTRO** .....

**E DICHIARA INOLTRE**

- DI ESSERE ISCRITTO/A

ALL'ALBO DEI MEDICI-CHIRURGHI DI .....

E/O ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI .....

- ESSENDO LAUREATO IN ODONTOIATRIA

- ESSENDO LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA

allega, se iscritto ad altro Ordine, certificato di iscrizione o dichiarazione sostitutiva di certificazione

-DI ESSERE SPECIALISTA IN .....

allega, se iscritto ad altro Ordine, idonea certificazione o dichiarazione sostitutiva di certificazione

- DI NON ESSERE SPECIALISTA, MA DOCUMENTA LA PROFESSIONALITA' IN

allega, se non già depositata o se iscritto ad altro Ordine, idonea documentazione

- DI ESERCITARE

A)  DA SINGOLO/A NEL PROPRIO STUDIO

B)  DA ASSOCIATO/A IN UNO STUDIO PROFESSIONALE CON I COLLEGHI

.....  
.....  
C)  NELLA STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA EX ART 194 T.U LL.SS. INTESTATA A SE STESSO

D) [ ] QUALE DIRETTORE SANITARIO O RESP. TECNICO  
E) [ ] PRESSO LA STRUTTURA SANITARIA AUTORIZZATA.....  
CON SEDE A .....

**Il sottoscritto dichiara che il Direttore Sanitario della Struttura Dott.**  
..... **è a conoscenza della presente richiesta di**  
**Pubblicità sanitaria e la approva.**

[ ] ALLEGA OPPURE  
[ ] DICHIARA DI AVER GIÀ DEPOSITATO PRESSO L'ORDINE:  
- NEL CASO B) COPIA DEL CONTRATTO DI ASSOCIAZIONE  
- NEL CASO C) COPIA AUTORIZZAZIONE E\ ART 144 T.U.LL.SS  
- NEI CASI D) ed E).  
1 ] COPIA INTEGRALE DELL'ATTO COSTITUTIVO E DELLO STATUTO DELLA SOCIETÀ  
CHE PRESTA SERVIZI AL SANITARIO  
2 ] LE GENERALITÀ DEI SANITARI CHE ESERCITANO PRESSO DETTA STRUTTURA  
- DI ESSERE CONVENZIONATO/A CON L'ULSS .....

PER .....  
allegati n. ....

Data .....

Firma .....