

## RICHIESTA VERIFICA MESSAGGIO PUBBLICITARIO

**Al Presidente dell'Ordine  
Medici Chirurghi e 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](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 sottoscritto dott. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_,

residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

email \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

partita IVA \_\_\_\_\_

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 54, 55, 56 E 57 DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014)

**CHIEDE**

**IL PARERE DI CONFORMITA' ALLE NORME DI DEONTOLOGIA DEL TESTO DI PUBBLICITA' SANITARIA ALLEGATO**

- DA INVIARE AI COLLEGHI:**.....
- DA INVIARE AI PROPRI PAZIENTI:**.....
- ALTRO:**.....

**DICHIARA INOLTRE**

- DI ESSERE ISCRITT.. 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.

- DI ESSERE SPECIALISTA IN .....
- .....
- [ ] allega, se iscritto ad altro Ordine, idonea 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 sito in .....
- 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

DENOMINATA:.....

CON SEDE A .....

[ ] ALLEGA OPPURE

[ ] DICHIARA DI AVER GIA' DEPOSITATO PRESSO L'ORDINE:

- NEL CASO B) COPIA DEL CONTRATTO DI ASSOCIAZIONE

- NEL CASO C) COPIA AUTORIZZAZIONE EX 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'ASS .....

PER .....

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

allegati n. ....

data.....

firma.....