

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

-Residenza-

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

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 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./d.ssa _____

Nato/a _____ il _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di aver cambiato il proprio indirizzo

DA Via _____

Comune di _____

A Via _____

Comune di _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cellulare _____

Indirizzo e-mail _____ Indirizzo PEC _____

Data _____

Firma _____