

**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 informata 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'Ordinee, 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.**

consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

**DICHIARA INOLTRE**

di essere nato a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_)

il \_\_\_\_\_ CF \_\_\_\_\_

di essere residente a \_\_\_\_\_ (Prov. \_\_\_\_\_) CAP \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

**DISPONIBILE DAL** \_\_\_\_\_ **AL** \_\_\_\_\_

Note:

---

---

---

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

---