

## DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

ALL'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](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/La sottoscritto/a 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 .....

### **CHIEDE**

ai sensi dell'art.3 della legge n.56/1989, il riconoscimento dei titoli per l'esercizio dell'attività psicoterapeutica con conseguente inserimento nell'apposito elenco esistente presso l'Albo professionale di quest'Ordine.

Il/La sottoscritto/a, sotto la propria responsabilità, ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000

### **DICHIARA**

di essere nato/a a ..... prov. ....

il ..... ; codice fiscale ..... di essere residente

a ..... prov. .... CAP .....

in via/piazza .....

tel..... e-mail:.....

PEC: .....

di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia il .....

presso l'Università degli Studi di ..... con voto ..... / .....

di avere conseguito il diploma di specializzazione in .....

.....

presso l'Università degli Studi di .....

in data ..... con voto ..... / ..... ;

che nel corso degli studi per il conseguimento del predetto diploma di specializzazione è stato previsto, mediante lezioni teorico-pratiche, un adeguato numero di ore di formazione in psicoterapia;

di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi della legge 675/96.

Il/La sottoscritto/a, consapevole delle sanzioni penali di cui all'art.76 del DPR n.445 del 2000 in caso di dichiarazioni mendaci e consapevole di incorrere nella decadenza dai benefici conseguenti al provvedimento emanato, sulla base delle dichiarazioni che non risultassero veritiere (art.75 DPR 445/2000), dichiara che quanto sopra corrisponde al vero.

.....  
data

.....  
firma

**ALLEGARE:**

1. COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO
2. QUIETANZA DI PAGAMENTO DIRITTI DI SEGRETERIA € 15,00 (PAGAMENTO TRAMITE CANALE PagoPA – codice IUV fornito dalla Segreteria)
3. MARCA DA BOLLO € 16,00

**SPAZIO RISERVATO AGLI UFFICI**

Il sottoscritto ..... attesta, ai sensi dell'art.30 T.U. DPR 28.12.2000 n.445, che il Dott./Dott.ssa ..... riconosciuto tramite ..... ha sottoscritto l'istanza in sua presenza.

.....  
data

.....  
firma dell'incaricato che riceve l'istanza