

 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	<b>DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI</b>	DATA EMISSIONE	19/02/2024
		REVISIONE	01
		INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 - R10
		NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

All' Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa \_\_\_\_\_  
 nato/a a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
 codice fiscale \_\_\_\_\_  
 residente a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_  
 Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 domiciliato (solo se diverso dalla residenza) a \_\_\_\_\_  
 prov. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_  
 e-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_  
 laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università di \_\_\_\_\_  
 il giorno \_\_\_\_\_ ed abilitato/a all'esercizio professionale presso l'Università di  
 \_\_\_\_\_ nella sessione \_\_\_\_\_ dell'anno \_\_\_\_\_  
 iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di questa provincia al numero \_\_\_\_\_  
 dal \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

l'inserimento nell'Elenco degli Psicoterapeuti ai sensi della L. n.56 del 18/02/1989 e successive modificazioni.

Consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni sotto la propria responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28 dicembre 2000 n. 445),

**DICHIARA**

• di avere conseguito il titolo di specializzazione in \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ presso l'università degli Studi  
 di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_ con voto \_\_\_\_\_

**oppure**

- di essere in possesso del diploma conseguito presso: Istituti o Scuole private riconosciuti idonei ad attivare corsi di specializzazione in psicoterapia ai sensi dell'art.17 comma 96 L.15/5/97 n.127 riconosciuti con D.M. n 509/98: \_\_\_\_\_  
 con sede in \_\_\_\_\_, acquisito in data \_\_\_\_\_
- di essere informato/a, ai sensi del regolamento UE 2016/679, sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali e dati personali particolari e di esprimere consenso al trattamento dei medesimi sottoscrivendo l'allegata informativa.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma (\*) \_\_\_\_\_

(\*) la presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

**Spazio riservato all'Ufficio:**

**ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI FERRARA**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ incaricato/a, attesta, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, che il/la  
dott./ dott.ssa \_\_\_\_\_ identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ rilasciato il \_\_\_\_\_ da \_\_\_\_\_  
scadenza \_\_\_\_\_, ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Data \_\_\_\_\_

Firma del legalizzante \_\_\_\_\_



Ordine dei  
Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri  
della provincia di  
FERRARA

## **INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

In osservanza agli artt.13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, l'OMCeO della provincia di Ferrara, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile al link "PRIVACY POLICY" del sito dell'Ordine - 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 del Regolamento, il Responsabile della protezione dei dati", i cui dati di contatto sono forniti nell'informativa in formato integrale, disponibile al link "PRIVACY POLICY" nel sito dell'Ordine.

Gli interessati hanno il diritto di ottenere dall'Ente, nei casi previsti, l'accesso ai propri dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento che li riguarda o di opporsi al trattamento (artt. 15 e ss. del Regolamento).

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi degli artt. 13 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), dichiara di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Ferrara, li \_\_\_\_\_

---

L'interessato al trattamento dei dati  
(art. 4, comma 11, Reg.UE 2016/679)