

 ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA	DOMANDA DI PARERE PREVENTIVO ALLA PUBBLICITA' SANITARIA <i>Per singolo professionista</i>		DATA EMISSIONE	19/02/2024
			REVISIONE	01
			INFO DOCUMENTATA	ID 8.2.1 – R13
			NORMA DI RIFERIMENTO	

(Scrivere in stampatello)

All'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Ferrara

Il/la sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

Ai sensi e per gli effetti del T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla Legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la personale responsabilità (art. 76 T.U. - DPR 28/12/2000 n. 445),

DICHIARA

- di essere nato/a a _____ prov. _____ il _____
- codice fiscale _____
- di essere residente a _____ prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____ tel. _____
- Cellulare _____ e-mail _____
- PEC _____
- con studio medico/odontoiatrico sito in: _____ prov. _____ Via/P.zza _____ n. _____ telefono _____ e (per gli studi per i quali è prevista) autorizzato all'esercizio e funzionamento con autorizzazione del Sindaco del Comune di _____ Prot. N. _____ del _____
- di essere iscritto nell'Albo:
 - DEI MEDICI CHIRURGHI della provincia di _____ al n. _____
 - DEGLI ODONTOIATRI della provincia di _____ al n. _____
- di aver conseguito il diploma di specializzazione in _____, presso l'Università degli Studi di _____ il _____
- di voler pubblicizzare il seguente testo (oppure in allegato) previa verifica da parte dell'Ordine che ne attesti la conformità alle norme emanate nel Codice di deontologia professionale:

Tale testo verrà pubblicizzato a mezzo:

insegna sita nel Comune di _____

Via/P.zza _____ n. _____

targa sita nel Comune di _____

Via/P.zza _____ n. _____

emittenti radiotelevisive _____

stampa ed elenchi _____

giornali e periodici _____

internet (sito web) www. _____

altro _____

- 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 dell'Ordine:

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 da _____ il _____ con 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)