

| | | | |
|---|---|----------------------|---|
|  ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI FERRARA | DOMANDA DI ISCRIZIONE ELENCHI MEDICINE COMPLEMENTARI | DATA EMISSIONE | 19/02/2024 |
| | | REVISIONE | 01 |
| | | INFO DOCUMENTATA | ID 8.2.1 – R15 |
| | | NORMA DI RIFERIMENTO |  |

(Scrivere in stampatello)

| |
|------------------------------|
| <p>Bollo da €. 16,00</p> |
|------------------------------|

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia 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 _____ Via/P.zza _____ n _____
 Cell _____ e-mail _____
 PEC _____
 laureato in _____ il _____
 con specializzazione in _____

CHIEDE

di essere iscritto negli Elenchi dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri esercenti le Medicine Complementari istituito presso codesto Ordine nella seguente disciplina:

- Agopuntura**
- Fitoterapia**
- Omeopatia:**
 - Omeopatia
 - Omotossicologia
 - Antroposofia

Il/la sottoscritto/a _____, inoltre, dichiara 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.

Si allega alla presente il proprio curriculum formativo-professionale e i titoli posseduti in copia conforme all'originale.

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:

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, lì _____

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