

LA DOMANDA DEVE ESSERE PRESENTATA ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI SU CARTA RESA LEGALE, UTILIZZANDO IL PRESENTE MODULO

marca
da bollo
16,00

Al Signor SINDACO
del Comune di _____

per il tramite dell'Ordine dei Medici
Chirurghi e degli Odontoiatri di
Alessandria

OGGETTO: Domanda di parere all'informativa Sanitaria.

Il sottoscritto Dott. _____

consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

di essere nato a _____ il _____ C.F. _____

di essere residente a _____ Via _____ N. _____

Tel. _____ PEC _____ e-mail _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di:

_____ Albo _____

CHIEDE il parere per effettuare la seguente informativa sanitaria:

ELENCHI TELEFONICI, PAGINE GIALLE ED
ELENCHI GENERALI DI CATEGORIA
(dimensioni cm. __ x __) - Tel. _____

PERIODICI DESTINATI ESCLUSIVAMENTE AGLI
ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E
GIORNALI QUOTIDIANI E PERIODICI DI
INFORMAZIONE
(con le dimensioni previste dal DM 657/16.9.94)

col seguente testo: _____

col seguente testo: _____

MESSAGGI STATICI DIFFUSI ATTRAVERSO EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI

col seguente testo: _____

mediante TARGA PROFESSIONALE di dimensioni cm. ____ x ____ da applicare a fianco della porta d'ingresso (o sulla recinzione dell'edificio) ove ha sede lo studio, situato a:

_____ Via _____ N. _____

col seguente testo _____

Dichiara infine di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs. 196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Data _____

Firma _____

- La domanda, una volta completata con il parere dell'Ordine verrà inviata, a cura dell'Ordine entro 30 gg. dalla data di presentazione, al Sindaco per la relativa autorizzazione.
Contestualmente sarà inviata copia all'iscritto interessato.
- Allegati:
 - 1) Fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.
 - 2) Dichiarazione sostitutiva dei titoli di studio, accademici, di specializzazione e di carriera (quando citati nel testo e quando non depositati nel fascicolo personale presso l'Ordine).



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA**

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

DICHIARA di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino, comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, _____

Firma

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria
Dott. Mauro Cappelletti
Via C. Pisacane, 21 Alessandria
Tel.: 0131.253666
Fax: 0131.52455
Email: omceo@ordinemedici.al.it
PEC: ordnemedicial@postacert.com
RPD: Nicolò Tartaglia
PEC RPD: tpea.srl@legalmail.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Mauro Cappelletti

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedical@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Base giuridica del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

Finalità del trattamento dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

Strumenti: i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

Soggetti abilitati al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

Destinatari dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

Diritti dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Alessandria, 25 maggio 2018

TITOLARE DEL TRATTAMENTO

IL PRESIDENTE

Dott. Mauro Cappelletti

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA

T: +39 0131 253 666 | F: +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | @: omceo@ordinemedici.al.it | PEC: ordinemedical@postacert.com

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
della Provincia di Alessandria

ALESSANDRIA

OGGETTO: Richiesta di verifica informativa sanitaria tramite inserzioni Internet, per ricettari, timbro, carta intestata, biglietti da visita professionali e targhe interne allo studio.

Il sottoscritto Dott. _____
consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 T.U. - DPR 28 dicembre 2000 n. 445) sotto la propria responsabilità DICHIARA:

di essere residente a _____ Via _____ N. _____

Tel. _____ PEC _____ e-mail _____

di essere iscritto all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di:

_____ Albo _____

CHIEDE

1) la verifica dell'Ordine per l'informativa sanitaria tramite inserzioni INTERNET con il seguente testo pubblicitario (con le dimensioni previste dal D.M. 657/16.09.1994):

2) la verifica dell'Ordine per l'informativa sanitaria da apporsi su:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ricettario personale | <input type="checkbox"/> carta intestata |
| <input type="checkbox"/> timbro | <input type="checkbox"/> biglietti da visita |

col seguente testo _____

3) la verifica dell'Ordine per l'informativa sanitaria da apporsi su targa interna allo studio con il seguente testo:

Dichiara infine di essere stato informato sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del D.Lgs.196/2003 e successive modificazioni e di esprimere il proprio consenso al trattamento dei predetti dati.

Data _____

Firma _____

- Allegati:

- 1) Fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.
- 2) Dichiarazione sostitutiva dei titoli di studio, accademici, di specializzazione e di carriera (quando citati nel testo e quando non depositati nel fascicolo personale presso l'Ordine).

- La domanda va presentata in carta libera.



**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**

Il/la sottoscritto/a	
nato/a a	
il	

DICHIARA di aver ricevuto dall'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria per iscritto l'**INFORMATIVA SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679**, di averla **LETTA E COMPRESA IN OGNI PUNTO**.

FORNISCE ESPPLICITO CONSENSO AL TRATTAMENTO, vale a dire che il Titolare del trattamento, e i soggetti abilitati al trattamento raccolgano, registrino, conservino, utilizzino; comunichino i suoi dati con strumenti informatici e cartacei per le finalità descritte nella informativa.

Alessandria, _____

Firma

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Mauro Cappelletti

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel.: 0131.253666

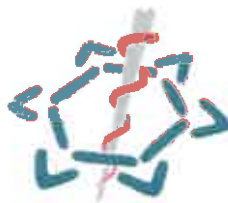
Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedical@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI ALESSANDRIA

INFORMATIVA AGLI ISCRITTI SULLA PRIVACY AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 2016/679

Gent.mo Collega,

in attuazione dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 ci è gradito fornirle le seguenti informazioni sul trattamento dei suoi dati personali:

Titolare del trattamento e dati di contatto del responsabile della protezione dei dati:

Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Alessandria

Dott. Mauro Cappelletti

Via C. Pisacane, 21 Alessandria

Tel: 0131.253666 - Fax: 0131.52455

Email: omceo@ordinemedici.al.it

PEC: ordinemedical@postacert.com

RPD: Nicolò Tartaglia

PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

Base giuridica del trattamento: rapporto con i Medici Chirurghi e gli Odontoiatri della provincia nell'ambito delle norme e dei servizi degli Ordini professionali.

Finalità del trattamento dei dati: tenuta dell'Albo professionale, promozione delle attività di partecipazione al funzionamento dell'Ordine, esercizio dei procedimenti disciplinari, gestione dell'amministrazione e contabilità dell'Ente, promozione delle attività culturali, realizzazione di iniziative a supporto della formazione continua, interposizione nelle controversie professionali degli iscritti, consulenza e assistenza in materia previdenziale e i correlati adempimenti gestionali e di legge secondo la normativa in tema di Ordini professionali.

La comunicazione dei suoi dati è facoltativa. Il suo eventuale rifiuto impedirà la gestione del rapporto.

Strumenti: i dati saranno raccolti, registrati, conservati, utilizzati, comunicati a terzi con strumenti informatici e su carta.

Soggetti abilitati al trattamento: i suoi dati saranno trattati dal personale dell'Ordine, da Enti esterni con cui l'Ordine intrattiene rapporti in base alle norme di legge, da consulenti esterni in settori specialistici, dal personale tecnico dei fornitori di servizi informatici.

Destinatari dei dati: l'informativa si riferisce al trattamento dei dati per finalità di gestione e funzionamento, in base alle norme di legge, svolti da professionisti specialisti ed Enti esterni su iniziativa dell'Ordine per adempiere alle finalità istituzionali.

I dati personali non saranno trasferiti a un paese terzo né ad un'organizzazione internazionale.

I dati saranno conservati per il periodo prescritto dalle norme di legge in base alla loro tipologia.

Diritti dell'interessato: lei ha il diritto di chiedere l'accesso ai dati personali e la rettifica o la cancellazione degli stessi o la limitazione del trattamento o di opporsi al trattamento.

La modalità con la quale può esercitare tali diritti è l'invio di una comunicazione scritta al titolare che espliciti la richiesta ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Lei ha inoltre il diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali secondo le modalità fornite in: <http://www.garanteprivacy.it/web/guest/home/modulistica>

Alessandria, 25 maggio 2018

**TITOLARE DEL TRATTAMENTO
IL PRESIDENTE
Dott. Mauro Cappelletti**

Via Carlo Pisacane, 21 – 15121 ALESSANDRIA
T: +39 0131 253 666 | F: +39 0131 52 455

www: www.ordinemedici.al.it | @: omceo@ordinemedici.al.it | PEC: ordinemedical@postacert.com