

LA DOMANDA PER IL PARERE SU CARTA RESA LEGALE DEVE ESSERE PRESENTATA AL SINDACO DEL COMUNE OVE È UBICATA LA STRUTTURA SANITARIA PER IL TRAMITE DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI CHE PROVVEDERÀ AD INVIARLA AL COMUNE COMPETENTE CON IL PROPRIO PARERE.

marca
da bollo
16,00

Al 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 _____

D I C H I A R A con la presente che dalla data del _____ ricopre l'incarico di Direttore Sanitario di
_____ (Ambulatorio, Poliambulatorio, Casa di Cura, Gabinetto) sito in:

_____ Via _____

(autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della struttura N° _____ del _____).

C H I E D E il parere per effettuare la seguente informativa sanitaria:

ELENCHI TELEFONICI, PAGINE GIALLE ED ELENCHI GENERALI DI CATEGORIA

di dimensioni cm. _____ x _____ Tel. N. _____

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

TARGA di dimensioni cm. _____ x _____

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

INSEGNA di dimensioni cm. ____ x ____

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

CARTELLO SEGNALETICO di dimensioni cm. ____ x ____

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

PERIODICI DESTINATI ESCLUSIVAMENTE AGLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE E GIORNALI QUOTIDIANI E PERIODICI DI INFORMAZIONE (con le dimensioni previste dal D.M. 657/16.09.1994) con il seguente testo:

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

MESSAGGI STATICI DIFFUSI ATTRAVERSO LE EMITTENTI RADIOTELEVISIVE LOCALI, CON ESCLUSIONE DI QUALSIASI GRAFICO, DISEGNO O FIGURA AD ECCEZIONE DEL SIMBOLO RAPPRESENTATIVO DELLA PROFESSIONE con il seguente testo:

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

Inserzioni su INTERNET (con le dimensioni previste dal D.M. 657/16.09.1994):

Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

RICETTARI col seguente testo: _____

TIMBRI _____

CARTA INTESTATA Dir. San. Dott. _____ Qualifica _____

D I C H I A R A che presso la struttura sanitaria prestano la propria opera professionale i Dottori: (elencare cognome, nome e titoli professionali, Ordine Prov.le di iscrizione)

e il seguente personale sanitario ausiliario:

Allega alla presente copia della suddetta autorizzazione regionale ed i seguenti titoli (o autocertificazioni con fotocopia documenti di identità) dei medici operanti nella struttura:

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 _____

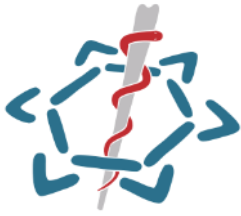
Firma _____

Allegati:

- 1) Copia autenticata dell'autorizzazione all'apertura ed all'esercizio della struttura, con il nominativo del Direttore Sanitario attuale, se non già in possesso dell'Ordine.
- 2) Fotocopia documento d'identità o di riconoscimento del Direttore Sanitario in corso di validità.
- 3) Dichiarazione sostitutiva ai sensi di legge accompagnata da fotocopie documenti identità, dei titoli di studio, accademici, di specializzazione, di carriera e di appartenenza all'Ordine professionale dei medici operanti nella struttura.
- 4) Ogni altro documento citato nell'allegato "Elenco"

Tutti i testi informativi devono a termini di legge riportare Cognome e Nome del Direttore Sanitario con i relativi titoli professionali.

È consentito indicare nei suddetti testi le specifiche attività medico-chirurgiche e le prescrizioni diagnostiche e terapeutiche effettivamente svolte purché accompagnate dalle indicazioni del nome, cognome e titoli professionali dei responsabili di ciascuna branca specialistica.



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 ESPlicito 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, _____

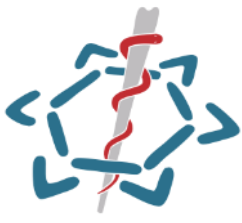
Firma

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: ordinemedicial@postacert.com
RPD: Nicolò Tartaglia
PEC RPD: tpca.srl@legalmail.it

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:** ordinemedicial@postacert.com



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: ordinemedicial@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

Elenco dei documenti che deve presentare all'Ordine di Alessandria il Direttore Sanitario di un ambulatorio, poliambulatorio, casa di cura o in genere struttura complessa

-	Domanda di parere all'informativa Sanitaria.
-	Copia carta d'identità Direttore Sanitario.
-	Se si tratta di struttura odontoiatrica compilare la dichiarazione che attesta che le attrezzature odontoiatriche presenti nello studio sono di sua proprietà (oppure chi è il proprietario) e che il rapporto tra medico e paziente è personale e diretto.
-	Copia atto costitutivo della Società e copia Visura Camerale.
-	Copia autorizzazione sanitaria relativa all'apertura ed all'esercizio della struttura riportante il nominativo dell'attuale Direttore Sanitario.
-	Copia dei titoli (o autocertificazione) del Direttore Sanitario.
-	Elenco dei medici o odontoiatri che operano presso la struttura (se occupa troppo spazio allegare elenco a parte) con cognome, nome e copia dei titoli professionali ed Ordine di appartenenza (o autocertificazione).
-	Elenco del personale sanitario ausiliario che opera presso la struttura (se occupa troppo spazio allegare elenco a parte).

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETÀ
(Art. 46 T.U. - D.P.R. n. 445 del 28.12.2000 e art. 15 Legge 183 del 12.11.2011)

Il/La sottoscritto/a 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 _____;

di essere residente a _____;

di esercitare la professione nello studio sito in _____

che le attrezzature odontoiatriche presenti nello studio sono di sua proprietà e che il rapporto tra medico e paziente è personale e diretto.

Dichiara inoltre 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

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE.

ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI ALESSANDRIA

Il sottoscritto, incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'articolo 30 T.U. DPR 28 dicembre 2000

n. 445 che il Dott. _____

identificato a mezzo di _____

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza.

Alessandria, li _____

Timbro e firma

Allegato: fotocopia documento d'identità o di riconoscimento dell'interessato in corso di validità.