

INFORMATIVA BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 -13 e 14 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di PADOVA, in qualità di "Titolare del Trattamento", fornisce al richiedente e a tutti i soci richiedenti la pubblicizzazione dell'attività professionale, le dovute informazioni in ordine al trattamento dei loro dati personali richiesti nel modulo denominato "**Comunicazione apertura sito web**", la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento dei conseguenti obblighi normativi e amministrativi. Per rispondere a qualunque 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, c.d. "Data Protection Officer", (nel seguito il "DPO") i cui dati di contatto sono forniti nella informativa estesa art. 13 e 14 che è stata consegnata e nella apposita sezione del sito internet dell'Ordine www.omco.pd.it.

Il sottoscritto _____
 presa conoscenza del contenuto dell'informativa estesa resa ai sensi dell'art. 13 e14 del Regolamento Europeo n. 679/16 (GDPR), **dichiara** di averne ricevuto copia e di averne ben compreso in ogni sua parte il contenuto anche in merito alle specifiche finalità e basi giuridiche del trattamento in essa contenute.

Data _____

Firma _____

**AL PRESIDENTE DELL'ORDINE DEI MEDICI - CHIRURGHI E
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI PADOVA**

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

residente in CAP

via n. tel.

Mail:.....Pec:.....

CONSAPEVOLE DELLE PRESCRIZIONI IN MATERIA DI PUBBLICITA' E INFORMAZIONE SANITARIA CONTENUTE NEGLI ARTICOLI 55, 56 E 57 DEL VIGENTE CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA (2014),

PREMESSO:

- DI ESSERE ISCRITTO: ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DI.....
ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DI

- DI AVER CONSEGUITO:

LAUREA IN MEDICINA E CHIRURGIA []
LAUREA IN ODONTOIATRIA []

DI ESSERE SPECIALISTA IN
.....

DI ESSERE IN POSSESSO DI “PROFESSIONALITÀ” IN (L. 174/92):
.....

DI ESERCITARE

- A) [] DA SINGOLO/A NEL PROPRIO STUDIO
- B) [] DA ASSOCIATO/A IN UNO STUDIO PROFESSIONALE CON I COLLEGHI:
- C) [] NELLA STRUTTURA SANITARIA PUBBLICA O PRIVATA:
- D) [] COME DIRETTORE SANITARIO NELLA STRUTTURA SANITARIA PRIVATA DENOMINATA:

(specificare nei casi B,C,D,E)
.....

COMUNICA

Di attivare / aver attivato il sito web (specificare nome dei sito)

contenente informazione sanitaria.

Dichiara sotto la propria responsabilità che il contenuto del sito è conforme alle prescrizioni che precedono e che si impegna di continuare a rispettarle anche per il futuro.

- **Il sottoscritto dichiara inoltre che il Direttore Sanitario della Struttura Dott. è a conoscenza della presente richiesta di Pubblicità sanitaria e la approva.**

data

firma

.....

.....