

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI PADOVA

Il sottoscritto/a dott./dott.ssa _____

CHIEDE

L'ISCRIZIONE ALL'ELENCO DEI MEDICI LEGITTIMATI ALL'ESERCIZIO DELLA PSICOTERAPIA di codesto Ordine ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 3 Legge n.56/98, nota del MURST del 17/07/1997 n. 2392 e DM n. 509 del 11/12/1998.

Il sottoscritto/a. consapevole delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del DPR 28/12/2000 n. 445 in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA: (indicare gli stati, qualità personali o fatti necessari ai fini dell'autorizzazione richiesta ed autocertificabili ai sensi dell'art. 46 DPR 445/2000):

- di essere nato il _____ a _____
 - di essere iscritto/a presso questo Ordine provinciale al numero _____
 - di aver conseguito il titolo di specialista in _____

- in data _____ presso l'Università/Scuola _____
_____ riconosciuta dal MIUR con Decreto del _____

Data _____

FIRMA

INFORMATIVA PRIVACY BREVE PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza agli artt. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della provincia di Padova, in qualità di "Titolare del Trattamento" Le fornisce l'informativa in formato integrale - disponibile anche nell'apposita sezione Modulistica 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 nell'apposita sezione Modulistica" 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).

Il sottoscritto dott./dott.ssa _____

presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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
