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 le dovute informazioni in ordine al trattamento dei dati personali richiesti nella "**Comunicazione di assunzione incarico direzione sanitaria"**, 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 presente 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 _____

AUTOCERTIFICAZIONE
D.P.R. 445/2000

Il/la Sottoscritto/a_____

Nata/o a_____(___) il _____

[ ] Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi della Provincia di _____

[ ] Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di _____

[ ] Specialista in _____

[ ] Professionalità in (L. 175/92) _____

Cellulare e/o Tel._____

e-mail _____ Pec _____

D I C H I A R A

di ricoprire il ruolo di Direttore Sanitario presso la Struttura denominata:

_____

Comune di_____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: _____

DICHIARA INOLTRE

1 - [ ] di non ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

2- [ ] di ricoprire altri incarichi di Direzione Sanitaria

Nel caso di cui al punto 2) le strutture presso le quali esercito il ruolo di Direttore Sanitario sono:

1 – Nome struttura_____

Comune di_____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: **_____**

2 – Nome struttura_____

Comune di_____

Via _____ n. _____

Data di assunzione incarico: **_____**

Data _____ **Firma _____**