

## DOMANDA PER L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

### Al Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Piacenza

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa ..... Nato/a a .....  
il ..... Residente a ..... via .....  
tel. .... C.F. .... email.....  
Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di .....  
il..... ed abilitato/a all'esercizio professionale presso l'Università degli Studi  
di..... nella sessione..... anno.....  
Iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi di questa provincia al numero .....  
dal.....

### CHIEDE

#### L'INSERIMENTO NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

di codesto Ordine ai sensi della Legge n.56 del 18/02/1989 e successive modificazioni.

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali – ai sensi e per gli effetti degli artt. 46, 47 e 76 del DPR 28.12.2000 , n. 445

### DICHIARA

**di avere conseguito il titolo di specialista in:**

.....presso l'Università degli Studi  
di..... in data ..... con voti .....

**oppure**

**di avere conseguito il diploma in**..... (che si allega in copia)

presso la Scuola/l'Istituto\* .....con sede  
in.....in data.....

Data.....

Firma.....

\* Scuole o Istituti privati idonei ad attivare corsi di specializzazione in Psicoterapia ai sensi dell'art. 17, comma 96, L. 15/05/1997 n. 127, riconosciuti con D.M. n. 509/98

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL REGOLAMENTO EUROPEO 679/2016**

*La presente informativa viene resa in adempimento del Regolamento europeo per la protezione dei dati personali (Regolamento europeo 2016/679) come adeguata all'ordinamento giuridico italiano dal d.lgs. 10 agosto 2018, n. 101.*

*Il Titolare del trattamento, ovvero l'ente che assume le decisioni in merito alle modalità e alle finalità del trattamento, è l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Piacenza, con sede in Piacenza, Via San Marco n. 27, CAP 29121, tel. 0523 323848, indirizzo mail [info@ordinemedici.piacenza.it](mailto:info@ordinemedici.piacenza.it), PEC [segreteria.pc@pec.omceo.it](mailto:segreteria.pc@pec.omceo.it)*

*Il Responsabile per la protezione dati (RPD) è contattabile ai recapiti del Titolare e via mail al seguente indirizzo: [dpo@ordinemedici.piacenza.it](mailto:dpo@ordinemedici.piacenza.it)*

*I dati raccolti attraverso la compilazione del presente modulo vengono trattati per adempiere agli obblighi di legge per l'iscrizione all'albo (D.Lgs. CPS 233/1946, DPR 221/1950, Legge 2/2009), alle attività strumentali alla gestione dei rapporti con gli iscritti e alle attività connesse agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento dei dati personali è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire le informazioni richieste comporta l'impossibilità di ottemperare all'istanza presentata.*

*I dati da Lei forniti possono essere comunicati e diffusi nel rispetto di quanto previsto dal DPR 221/1950 e dal Regolamento europeo privacy 2016/679 come adeguato alla normativa italiana dal d.lgs. 101/2018. Essi verranno trattati sia utilizzando mezzi informatici o comunque automatizzati, sia mezzi cartacei e saranno conservati per la durata prevista dalle vigenti normative.*

*Le ricordiamo che, in qualità di interessato, Lei può esercitare in qualsiasi momento i diritti previsti dall'art. 15 del Regolamento europeo (Diritti di accesso dell'interessato), rivolgendosi al Titolare come sopra individuato.*

*La informiamo inoltre che Lei ha diritto di proporre un reclamo all'Autorità di controllo ovvero l'autorità per la protezione dei dati personali nazionale o di qualunque altro paese dell'Unione Europea.*

Data.....

Firma .....