

## COMUNICAZIONE TITOLI E COMPETENZE SPECIFICHE

### All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di PIACENZA

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

---

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi di questa provincia al n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

Iscritto/a all'Albo degli Odontoiatri di questa provincia al n \_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_

### DICHIARA

Sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle responsabilità penali, ai sensi e per gli effetti degli artt.46, 47 e 76 del DPR 445/2000

#### Sezione 1

- Di aver conseguito l'attestato di formazione in psicoterapia presso \_\_\_\_\_ riconosciuto con D.M. \_\_\_\_\_ con sede in \_\_\_\_\_
- Di aver essere in possesso dei requisiti per esercitare l'attività di medico competente \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso dei requisiti per esercitare l'attività di medico autorizzato \_\_\_\_\_

#### Sezione 2

- Di aver conseguito il diploma di specializzazione in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il dottorato di ricerca in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il titolo di master in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito il diploma di formazione specifica in medicina generale presso \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito l'attestato di libera docenza in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di aver conseguito l'attestato del corso di perfezionamento in \_\_\_\_\_ presso l'Università degli Studi di \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_
- Di essere in possesso dei requisiti per utilizzare il titolo di professore \_\_\_\_\_
- Altro \_\_\_\_\_

## **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 \_\_\_\_\_