

Domanda di pubblicità sanitaria studi associati

ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
VIA SAN MARCO N. 27
29100 PIACENZA

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ Prov _____

in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Partita IVA _____

E

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

residente a _____ Prov _____

in Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____ Partita IVA _____

Titolari dello studio medico/odontoiatrico associato sito in _____

Via _____ n. _____

autorizzato all'esercizio dell'attività con autorizzazione (per gli studi per i quali è previsto)

Prot.n. _____ del _____

Iscritti all'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di _____

all'Albo dei Medici Chirurghi: _____

all'Albo degli Odontoiatri: _____

specialisti in: 1) _____

2) _____

DICHIARANO

di voler pubblicizzare il seguente testo previa VERIFICA da parte dell'Ordine che ne attesti la conformità alle norme emanate nel Codice di Deontologia professionale e della linea guida ad esso allegata oltre al rispetto del Regolamento interno in tema di pubblicità:

La pubblicità sanitaria verrà fatta mediante :

- () Targa sita nel Comune di _____
Via _____ n. _____
- () Stampa ed elenchi
- () Giornali e periodici
- () Emittenti radiotelevisive
- () Internet – sito WEB _____
- () Insegna sita nel Comune di _____
Via _____ n. _____
- () Altro: ricettario/carta intestata/biglietti da visita/timbro

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, PEC 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

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 DEI SANITARI

N.B. La domanda può essere presentata dall'interessato, oppure da un terzo, purché accompagnata da una fotocopia (fronte-retro) di un documento di identità in corso di validità.

ALLEGATI :

- 1) Copia dell'autorizzazione all'esercizio dell'attività (per studi odontoiatrici e studi medici ove previsto)
- 2) Fotocopia di un documento di identità in corso di validità
- 3) Per i medici iscritti ad altro Ordine, allegare un certificato di iscrizione all'Ordine di appartenenza attestante i titoli professionali (laurea, abilitazione, specialità, ecc.)