

## COMUNICAZIONE TITOLI E COMPETENZE SPECIFICHE

### Informativa ai sensi dell'art.13 del D.Lgs.196/2003

Si informa che tali dati personali della 1° sezione sono trattati per la tenuta, aggiornamento pubblicazione degli elenchi speciali ai sensi della normativa di riferimento, attività connesse agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. Il conferimento di tali dati è pertanto obbligatorio e il rifiuto di fornire l'informazione richiesta comporta l'impossibilità ad eseguire l'operazione richiesta. I dati personali della 2° sezione sono facoltativi e sono raccolti su richiesta del medico e dell'odontoiatra. I dati sono trattati per: la tenuta e l'aggiornamento e la pubblicazione dell'Albo professionale ai sensi del DPR 221/1950, attività connesse agli obblighi previsti da leggi e regolamenti nonché da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo. I dati personali sono comunicati e diffusi ai sensi dell'art.61, 2 comma, del D.Lgs,196/2003. Il trattamento dei dati sarà svolto per le predette finalità anche con strumenti elettronici e solo da personale incaricato in modo da garantire gli obblighi di sicurezza e la loro riservatezza. I diritti di accesso sono esercitabili, ai sensi degli artt. 7 e 8 del D.Lgs. 196/003.

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a 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 \_\_\_\_\_

Ricevuta oralmente l'informativa sulle finalità e modalità del trattamento cui sono destinati i miei dati personali, di cui all'art. 13 D.Lgs. n. 196\03 e s.m. e i., pubblicata sul sito web ed affissa nei locali dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri della Provincia di Potenza

### 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 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

- Di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali pubblicata sul sito istituzionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Potenza

#### 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 \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma