

**DOMANDA DI INSERIMENTO NEL REGISTRO
DEI PRATICANTI LE MEDICINE NON CONVENZIONALI**

AL PRESIDENTE
DELL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI
ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI TERNI

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ in Via _____ n. _____

tel _____ cell _____ e-mail _____

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

Laurea conseguita c/o l'Università di _____ in data _____

Specializzazione/i in _____

conseguita c/o l'Università di _____ in data _____

Specializzazione/i in _____

conseguita c/o l'Università di _____ in data _____

Iscritto/a al N° _____ dell'Albo Medici Chirurghi dal _____

Iscritto/a al N° _____ dell'Albo Odontoiatri dal _____

CHIEDE

DI ESSERE INSERITO NEL REGISTRO DEI PRATICANTI LE MEDICINE
NON CONVENZIONALI RELATIVAMENTE ALLA:

- ☐ **MEDICINA TRADIZIONALE CINESE AGOPUNTURA**
- ☐ **FARMACOTERAPIA TRADIZIONALE CINESE**
- ☐ **MEDICINA E FARMACOTERAPIA AYURVEDICA**
- ☐ **MEDICINA OMEOPATICA ® UNICISTA ® PLURALISTA**
- ☐ **MEDICINA ANTROPOSOFICA**
- ☐ **OMOTOSSICOLOGIA**
- ☐ **MEDICINA MANUALE**
- ☐ **FITOTERAPIA**

Ai sensi e per gli effetti del T. U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità,

DICHIARA IL SEGUENTE CURRICULUM PROFESSIONALE :

Corsi formativi primari:

Attività professionale specifica prevalente o esclusiva (si) da anni _____ (no)

Sede/i: _____

Attività di docenza: _____

Pubblicazioni: _____

Iscrizioni a società scientifiche: _____

Allega la relativa documentazione: _____

_____ li _____

_____ (firma)

INFORMATIVA BREVE PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 DEL GDPR 679/16 PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

In osservanza all'art. 12 e 13 del Regolamento Europeo n. 679/16, l'OMCeO della Provincia di Terni, in qualità di " Titolare del Trattamento", Le fornisce le dovute informazioni in ordine al trattamento dei suoi dati personali richiesti nell'istanza e in tutte le successive pratiche relative al suo profilo professionale, la cui acquisizione da parte del Titolare del Trattamento, è indispensabile per il corretto espletamento delle funzioni istituzionali dell'Ordine. Per rispondere a qualunque sua 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 che è stata a Lei consegnata e nella apposita sezione Trasparenza del sito dell'Ordine.

Il/La sottoscritto/a dr/dr.ssa _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resa ai sensi dell'art. 13 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.

_____ li _____

_____ (firma)

Il sottoscritto _____ incaricato, ATTESTA, ai sensi dell'art. 30 T.U. – D.P.R.

28/12/2000 n. 445 che il dott. _____ identificato a mezzo di

_____ ha sottoscritto in sua presenza

l'istanza.

DATA _____

_____ (Timbro e firma dell'incaricato che riceve l'istanza)

