

All'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
della provincia di Livorno
Via Michon, 8
57126 - LIVORNO

Marca da
bollo
€ 16,00

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a a _____,
il _____ C.F. _____,
residente a _____ in Via _____,
Tel. _____ cell. _____ e-mail _____,
iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi /Odontoiatri al n. _____,

ai sensi e per gli effetti della Legge Regione Toscana n. 9 del 19/02/2007, dell'Accordo Stato-Regioni n° 54/CSR del 07/02/2013, e del protocollo d'Intesa fra Regione Toscana e FTOM del 16/03/2015,

CHIEDE

di essere inserito/a nell'elenco tenuto dall'Ordine relativo alla disciplina di:

OMEOPATIA

- Sottoelenco Omeopatia
 Omotossicologia
 Antroposofia

AGOPUNTURA

FITOTERAPIA

Essendo in possesso dei requisiti previsti di cui all'art. 4 dell'Accordo Stato-Regioni sopra citato e dell'art. 3 del Protocollo d'Intesa sopra citato, come da documentazione allegata:

- Attestato rilasciato da un Istituto formativo pubblico o privato accreditato dalla Regione al termine di un percorso formativo di **almeno 3 anni** con svolgimento di almeno **400 ore di formazione teorica, cui si aggiungono 100 ore di pratica clinica** con superamento di un esame teorico-pratico al termine di ciascun anno di corso e discussione finale di tesi;
- Attestato di conseguimento di **Master Universitari** di durata biennale che soddisfino i requisiti di durata oraria di cui al punto precedente.

Livorno,

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 Livorno, 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 Dott./essa _____,
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 _____

AVVERTENZA: IL DICHIARANTE DECADE DAI BENEFICI CONSEGUENTI AL PROVVEDIMENTO EMANATO SULLA BASE DELLE DICHIARAZIONI NON VERITIERE

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGI E DEGLI ODONTOIATRI DI LIVORNO

Il sottoscritto incaricato, ATTESTA, ai sensi del DPR 445/2000 che il

Dott./ssa.....

identificato a mezzo di

ha sottoscritto in sua presenza l'istanza

Data.....

Timbro e firma dell'incaricato
che riceve l'istanza

.....