

ALL'ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI ORISTANO

Marca da bollo
16 euro

DOMANDA DI ISCRIZIONE NELL'ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI

Il/la sottoscritto/a _____

CHIEDE

L'iscrizione nell'***ELENCO DEGLI PSICOTERAPEUTI*** di codesto Ordine, ai sensi dell'articolo 3 della Legge 18 febbraio 1989, n. 56. .

Ai sensi e per gli effetti del T.U. – DPR 28 dicembre 2000, n. 445, il/la sottoscritto/a consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria personale responsabilità (art.76 T.U. – DPR 28/12/2000 n. 445):

DICHIARA

• di essere nato/a a _____ prov. _____, il _____,
codice fiscale _____;

• di essere residente a _____ prov. _____,
in via _____, n. _____ cap _____

tel _____; Cell. _____

Email _____, pec _____

• di eleggere domicilio speciale presso il seguente recapito (se diverso dalla residenza):

Via _____ n. _____ cap _____ Comune _____,
Provincia _____ Tel _____
Cell _____;

• di essere cittadino/a _____ (*);

- di avere conseguito il diploma di laurea in Medicina e Chirurgia in data _____, presso l'Università degli Studi di _____, con votazione _____;
- di aver superato l'esame di abilitazione professionale nella sessione _____, presso l'Università degli Studi di _____, con votazione _____;
- di avere conseguito il diploma di specializzazione in _____, in data _____, presso l'Università degli Studi di _____, con votazione _____;
- di essere in possesso del diploma di _____, conseguito in data _____ presso l'Istituto privato _____, riconosciuto dal MIUR, riportando la votazione di _____.

() autocertificato in allegato alla presente

() agli atti di questo Ordine provinciale

Si precisa che l'inserimento nell'Elenco degli Psicoterapeuti è consentito esclusivamente ai Medici iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi dell'Ordine in possesso dei seguenti requisiti: a) Laurea in Medicina e Chirurgia e Diploma di Specializzazione in Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia Clinica o in Psicologia del ciclo della vita e psicologia della salute; b) Laurea in Medicina e Chirurgia e Diploma conseguito presso Istituti privati, riconosciuti ed idonei con decreto del MIUR, ad attivare corsi di specializzazione in Psicoterapia.

Il/La sottoscritto/a _____, presa integrale conoscenza del contenuto dell'informativa resagli 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.

Data _____

FIRMA (*) _____.

La presente dichiarazione deve essere firmata in presenza di dipendente dell'Ordine, ovvero recapitata unitamente a copia fotostatica di documento di riconoscimento. (artt. 30 e 38 DPR 28/12/2000 n. 445)

Spazio riservato all'Ufficio:

- PRESENTAZIONE PERSONALE DELLA DOMANDA

Identificato/a con documento di riconoscimento

n.rilasciato da

in data, con scadenza e visto firmare

L'impiegato addetto

.....

CONSENSO PRIVACY

Informativa ai sensi art. 13 D.Leg. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016

In conformità al disposto dell'art. 13 del D. Lgs. N. 196 del 13.06.2003 si forniscono le seguenti informazioni:

- i dati forniti saranno trattati, nel rispetto delle idonee misure di sicurezza, per l'invio di comunicazioni inerenti alle attività istituzionali di quest'Ordine;
- il trattamento sarà effettuato sia manualmente sia con mezzi informatici e telematici;
- i dati non saranno comunicati ad altri soggetti né saranno oggetto di diffusione ad eccezione: dipendenti, consulenti e collaboratori tecnici dell'Ordine, istituti di credito per i doveri d'ufficio, studi professionali medici e odontoiatrici, Enti pubblici e Enti previdenziali.

Titolare del trattamento: Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.

Responsabile: Segretario dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Oristano.

In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi del D. Lgs. n. 196/2003 e Regolamento UE 679/2016.

Data _____

FIRMA _____.